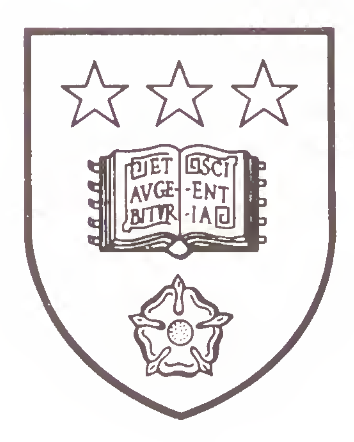
Einführung in die Psychiatrische Klinik

Von

E. Kraepelin


ET AVGE BITVR
SCI ENT IA



EINFÜHRUNG

IN DIE

PSYCHIATRISCHE KLINIK.

DREISSIG VORLESUNGEN

VON

DR. EMIL KRAEPELIN,
PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG.



LEIPZIG
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1901

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Vorwort.

Wer jemals Krankheitsfälle klinisch vorgestellt hat, wird auch den Wunsch empfunden haben, seinen Hörern die Erinnerung an das Gesehene fester einzuprägen, als es das flüchtige, gesprochene Wort vermag. Dieser Wunsch hat mich nach manchen Versuchen, das Ziel auf andere Weise zu erreichen, dazu veranlasst, in der Form von Vorlesungen auf den folgenden Blättern gewissermassen die Eindrücke eines klinischen Semesters festzuhalten. Soweit als irgend möglich, bin ich dabei bemüht gewesen, mit der Darstellung dem wirklichen Gange der Lehrstunden zu folgen. Allerdings muss ja das Buch nicht nur auf die lebendige Anschauung der Kranken verzichten, für die dem Schüler nur die eigene Erfahrung in der Klinik Ersatz bieten kann, sondern namentlich auch auf das mächtige Lehrhülfsmittel des Prakticanten, dessen kleine Unbeholfenheiten und Fehler dem Lehrer so oft erst den richtigen Weg für seine Unterweisung zeigen. Dafür konnte der Stoff hier gedrängter, planmässiger und vollständiger verarbeitet werden, als das zumeist in der Klinik möglich ist.

Dass ich die diagnostischen Gesichtspunkte durchaus in den Vordergrund gestellt habe, entspricht meiner Ueberzeugung von ihrer grundlegenden Wichtigkeit nicht nur für unser wissenschaftliches Denken, sondern auch für unser ärztliches Rathen und Handeln. Was der Schüler in der Klinik lernen soll, ist, wie ich meine, neben der Untersuchung des Kranken nicht das Lehrbuchwissen, das er sich ebenso gut und besser zu Hause aneignen kann, sondern gerade die diagnostische Verwerthung seiner Beob-

achtungen und die abwägende Beurtheilung des gegebenen Einzelfalles. Diese Vorlesungen sollen darum nichts weniger sein, als ein Lehrbuch der Psychiatrie. Vielmehr ist ihr Zweck erreicht, wenn sie als eine Anleitung zur klinischen Betrachtung Geisteskranker gelten dürfen.

Die Krankenbeispiele, die aus naheliegenden Gründen sehr verschiedenen Jahren entnommen sind, und von denen einige wenige schon an anderen Stellen verwerthet wurden, wollen in ihrer knappen Fassung nicht als wissenschaftliche Urkunden gelten. Dennoch ist jede Einzelheit derselben mit möglichster Treue nach dem Leben gezeichnet. Ebenso sind die diagnostischen Ausführungen fast überall unmittelbar den Aufzeichnungen über die klinische Vorstellung entnommen. Die Erkundigungen über die weiteren Schicksale der Kranken wurden, soweit es anging, bis zum Beginne der Drucklegung fortgeführt und zum grössten Theile erst nach völligem Abschlusse des Ganzen eingefügt.

Heidelberg, 4. November 1900.

E. Kraepelin.

Inhaltsverzeichniss.

I. Vorlesung.

Einleitung — Melancholie.

M. H.! Die Wissenschaft, die uns in den folgenden Vorlesungen beschäftigen soll, ist die Seelenheilkunde; ihr Gegenstand sind demnach die Seelenkrankheiten. Allerdings kann man, streng genommen, nicht von Erkrankungen der Seele sprechen, mag man diese letztere nun als ein selbständiges Wesen oder nur als den Inbegriff unserer inneren Erfahrung auffassen. Vielmehr sind es vom ärztlichen Standpunkte aus die Störungen in den körperlichen Grundlagen unseres Seelenlebens, auf die wir unsere Heilbestrebungen zu richten haben. Allein die Aeusserungen dieser Krankheitsvorgänge liegen doch zumeist auf einem Gebiete, mit dem sich sonst die Heilkunde nicht viel zu befassen pflegt, auf demjenigen des psychischen Geschehens. Nicht mit körperlichen Veränderungen in Grösse, Gestalt, Festigkeit, chemischer Zusammensetzung haben wir es hier in erster Linie zu thun, sondern mit Störungen der Auffassung, des Gedächtnisses, des Urtheils, mit Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, Verstimmungen und krankhaften Veränderungen der Willensthätigkeit. Während Sie Sich mit den aus der allgemeinen Pathologie gewonnenen Begriffen sonst ohne besondere Schwierigkeit in einem neuen Fache der Medicin zurechtfinden können, stehen Sie hier zunächst rathlos den grundsätzlich so andersartigen Krankheitserscheinungen gegenüber, bis Sie allmählich die besondere Symptomatologie der Geistesstörungen einigermassen zu beherrschen gelernt haben. Allerdings werden

Ihnen einzelne psychische Krankheitszustände gelegentlich schon im Leben oder in anderen Kliniken begegnet sein, der Rausch, das Fieberdelirium, das Delirium tremens, auch wol der Altersblödsinn oder die Idiotie, aber sie dürften als unverständliche oder seltsame Merkwürdigkeiten mehr Eindruck auf ihr Gemüth, als auf Ihr ärztliches Denken gemacht haben.

Das Irresein verändert die geistige Persönlichkeit, jene Summe von Eigenschaften, die für uns in weit höherem Maasse, als die körperlichen Eigenthümlichkeiten, den wahren Kern des Menschen darstellen. Auch die gesammten Beziehungen des Kranken zur Aussenwelt werden dadurch in der eingreifendsten Weise beeinflusst. Die Kenntniss aller dieser Störungen ist daher eine reiche Fundgrube für die Erforschung des Seelenlebens überhaupt. Sie enthüllt uns nicht nur viele seiner allgemeinen Gesetze, sondern sie gewährt uns auch tiefe Einblicke in die Entwicklungsgeschichte des Menschengeistes beim Einzelnen wie bei unserem ganzen Geschlechte; sie giebt uns endlich den richtigen Massstab für das Verständniss so mancher geistigen, sittlichen, religiösen, künstlerischen Strömungen und Erscheinungen unseres Gesellschaftslebens.

Indessen diese weitverzweigten wissenschaftlichen Beziehungen zu so vielen der wichtigsten Fragen unseres Menschendaseins sind es nicht in erster Linie, die für den Arzt die Kenntniss der psychischen Störungen unerlässlich machen, sondern vor allem ihre ausserordentliche praktische Wichtigkeit. Das Irresein gehört auch in seinen mildesten Formen zu den schwersten Leiden, die der Arzt zu behandeln hat; nur ein verhältnissmässig sehr kleiner Bruchtheil der Geisteskranken findet im strengsten Sinne dauernde und vollständige Genesung. Dabei ist die Zahl der Irren, die wir zur Zeit mit 200,000 für Deutschland kaum zu hoch anschlagen dürften, anscheinend in unheimlich raschem Wachsthum begriffen. Zum grossen Theile mag diese Zunahme auf der besseren Kenntniss des Irreseins, auf der reicher entwickelten Fürsorge für die Kranken, auch auf der wachsenden Schwierigkeit der häuslichen Pflege beruhen und somit nur eine scheinbare sein. Bedenken wir aber, dass vielfach etwa $^1/_4$—$^1/_3$ der in die Irrenanstalten aufgenommenen Krankheitsfälle auf Alkoholmissbrauch oder syphilitische Ansteckung zurückzuführen sind, Ursachen, deren Verbreitung gewiss nicht abnimmt, so lässt sich die Vermuthung nicht

von der Hand weisen, dass die Zahl der Irren in der Bevölkerung nicht nur an sich, sondern auch verhältnissmässig anwächst. Wir wollen dabei die Frage nach einer zunehmenden Entartung der heranwachsenden Geschlechter, die allerdings durch die beiden angeführten Ursachen mächtig gefördert werden dürfte, zunächst noch ganz offen lassen.

Jeder Geisteskranke bedeutet für seine Umgebung und namentlich für sich selbst eine gewisse Gefahr. Von den Selbstmorden ist mindestens ein Drittel durch geistige Störung verursacht, aber auch geschlechtliche Verbrechen und Brandstiftungen, seltener gefährliche Angriffe, Diebstähle, Betrügereien werden häufig genug von Geisteskranken begangen. Zahllose Familien werden durch ihre Kranken zu Grunde gerichtet, sei es, dass die Mittel sinnlos verschleudert werden, sei es, dass langes Leiden und Arbeitsunfähigkeit die wirthschaftliche Leistungsfähigkeit allmählich erschöpft. Nur ein gewisser Theil der ungeheilten Kranken geht rasch zu Grunde; die grosse Masse aber lebt blöde und hülflos Jahrzehnte lang fort und stellt eine für Familien und Gemeinden drückende, alljährlich wachsende Last dar, deren Wirkungen tief in unser Volksleben eingreifen.

Aus allen diesen Gründen erwächst dem Arzte die wichtige Pflicht, sich mit dem Wesen und den Erscheinungen des Irreseins nach Möglichkeit vertraut zu machen. Wenn auch die Grenzen seiner Macht gegenüber dem gewaltigen Gegner sehr enge sind, so bietet sich doch jedem praktischen Arzte Gelegenheit genug, sein Theil zur Verhütung und Linderung des unendlichen Elends beizutragen, das alljährlich durch die Geistesstörungen erzeugt wird. Den dankbarsten Angriffspunkt bildet ohne Zweifel der Kampf gegen Alkohol und Syphilis, ferner gegen das Morphium und Cocain, die ja ausschliesslich dem ärztlichen Thun ihre verderbliche Bedeutung verdanken. Auch zur Verhütung von Ehen kranker oder geistig schwer gefährdeter Personen, zur verständigen Erziehung und richtigen Berufswahl bei krankhaft veranlagten Kindern können die Hausärzte vielfach beitragen. Namentlich aber wird es ihre Aufgabe sein, rechtzeitig gefahrdrohende Krankheitszeichen zu erkennen und durch rasches Eingreifen Selbstmorde und Unglücksfälle sowie die kurzsichtige Verschleppung jener zahlreichen Fälle zu verhindern, die dem Irrenarzte erst dann zu Gesicht

kommen, wenn der rechte Augenblick zu sachdienlichem Eingreifen längst vorüber ist. Aber auch in den vielen Fällen, die niemals im engeren Sinne geisteskrank werden, wird sich dem psychiatrisch gebildeten Arzte ein Verständniss für Erkennung und Behandlung psychischer Störungen eröffnen, das ihm die Mühe seiner Lehrjahre reichlich lohnt. Ungemein häufig schon ist es mir begegnet, dass ältere Aerzte über die Mangelhaftigkeit ihrer psychiatrischen Kenntnisse geklagt haben, da sie erst draussen im Leben gesehen hätten, eine wie grosse Rolle tagtäglich auch in der gewöhnlichen ärztlichen Thätigkeit die richtige Beurtheilung halb oder ganz krankhafter Seelenvorgänge spiele. Dass diese Beurtheilung von den Gerichten, Behörden, Berufsgenossenschaften aus den verschiedensten Anlässen immerfort verlangt wird, brauche ich wohl nur anzudeuten.

Es liegt auf der Hand, dass ein tiefer dringendes Wissen in der Psychiatrie, wie in jedem anderen Einzelgebiete der Medicin, nur durch lange und gründliche Beschäftigung mit dem Gegenstande erworben werden kann. Immerhin lässt sich auch in kürzerer Zeit wenigstens ein allgemeiner Ueberblick über die verbreitetsten Formen geistiger Störung erreichen. Unerlässlich ist dabei die eigene Untersuchung und fortlaufende Beobachtung einer möglichst grossen Zahl verschiedener Krankheitsfälle. Freilich werden auch nach einem oder zwei Semestern eifrigen klinischen Studiums die Fälle immer noch allzu zahlreich sein, in denen der Anfänger ausser Stande ist, auf Grund der überlieferten und erworbenen Erfahrung die rechte Deutung zu finden. Was aber doch verhältnissmässig rasch erreicht werden kann und schon als erheblicher Gewinn gelten darf, das ist die klare Erkenntniss der grossen hier vorhandenen Schwierigkeiten, die Beseitigung jener heute noch so verbreiteten naiven Unkenntniss, die da glaubt, dass über Geisteskranke zu urtheilen auch einem Nichtsachverständigen ohne weiteres erlaubt sein müsse. —

Wenden wir uns nach diesen einleitenden Bemerkungen sofort der Betrachtung von Kranken zu, so stelle ich Ihnen zunächst einen 59jährigen Landwirth vor, der vor einem Jahre in die Klinik aufgenommen wurde. Der Kranke sieht viel älter aus, als er ist, besonders wegen seines zahnlosen Oberkiefers. Er fasst nicht nur die an ihn gerichteten Fragen ohne Schwierigkeit auf, sondern

beantwortet sie auch sinngemäss und richtig, weiss, wo er sich befindet, wie lange er hier ist, kennt die Aerzte, vermag Datum und Wochentag zutreffend anzugeben. Sein Gesichtsausdruck ist niedergeschlagen; die Mundwinkel sind ein wenig gesenkt, die Augenbrauen zusammengezogen; er blickt meist vor sich hin, schaut aber auf, wenn man mit ihm spricht. Auf die Frage nach seiner Krankheit bricht er in Jammern aus; er habe bei der Aufnahme nicht alles gesagt, sondern verschwiegen, dass er sich in der Jugend versündigt, mit sich selbst Unzucht getrieben habe. Alles, was er gethan, sei nicht recht gewesen. „Ich hab' so Angst, so arg; ich kann ja nicht liegen bleiben vor Angst; ach Gott, wenn ich mich blos nicht so schwer vergangen hätt'!“ Er sei schon über ein Jahr krank, habe Kopfweh und Schwindel gehabt; mit Magenweh und Herzleiden habe es angefangen; er habe nicht mehr arbeiten können; „es war kein Trieb mehr da“. Er habe keine Ruhe mehr gehabt, sich dumme Sachen eingebildet, wie wenn Jemand im Zimmer wäre; einmal sei es ihm vorgekommen, als ob er den Bösen gesehen habe; vielleicht bringe man ihn fort. Es seien so Sachen vorgekommen; er habe als Bub' Aepfel und Nüsse geholt. „Das Gewissen hat gesagt: es ist nicht recht; jetzt ist das Gewissen erst aufgewacht in der Krankheit“. Auch mit einer Kuh und mit sich selbst habe er gespielt. „Deshalb mach' ich mir jetzt Vorwürfe“. Ihm sei gewesen, als ob er von unserem Herrgott abgefallen und jetzt vogelfrei sei. Der Appetit sei schlecht; der Stuhlgang gehe nicht. Er könne nicht schlafen; „wenn der Geist nicht schläft, kommen einem allerlei Gedanken“. Auch dummes Zeug habe er gemacht, sich das Halstuch umgebunden, um sich zu erdrosseln; es sei ihm aber nicht recht ernst damit gewesen. Drei Schwestern und ein Bruder waren auch krank, die Schwestern nicht so arg, wurden bald wieder gesund; „ein Bruder hat sich umgebracht in Aengsten“.

Alle diese Dinge erfährt man von dem Kranken in abgerissenen, von Jammern und Stöhnen unterbrochenen Sätzen. Im übrigen benimmt er sich natürlich, befolgt jede an ihn gerichtete Aufforderung, bittet nur, man möge ihn nicht fortschleppen; „das Herz hat arg Angst“. Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser geringem Zittern der gespreizten Finger und leichter Arhythmie des Herzens keine auffallende Störung. Aus der Vorgeschichte ist

noch zu erwähnen, dass der Kranke verheirathet ist und 4 gesunde Kinder hat; 3 sind gestorben. Die Krankheit begann ohne nachweisbare Ursache 7—8 Monate vor der Aufnahme allmählich; zuerst traten Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden, dann die Versündigungsideen auf. Das Körpergewicht ist nach der Aufnahme zunächst etwas gesunken, jetzt aber langsam wieder um 7 Kilogramm gestiegen.

Der auffallendste Zug in dem vorliegenden Krankheitsbilde ist die ängstliche Verstimmung. Dieselbe gleicht auf den ersten Blick der Aengstlichkeit des Gesunden, und auch der Kranke meint, er sei immer etwas ängstlich gewesen; es sei nur schlimmer geworden. Allein die Angst hat nicht den mindesten äusseren Anlass, und sie dauert trotzdem viele Monate lang in zunehmender Stärke an. Darin liegen die Kennzeichen des Krankhaften. Allerdings bezeichnet der Kranke selbst seine Jugendsünden als Ursache der Angst. Es ist jedoch klar, dass ihn diese Dinge, auch wenn sie wahr sind, vor der Krankheit nicht sonderlich beunruhigt haben; sein Gewissen ist erst jetzt wieder erwacht. Seine früheren Handlungen erscheinen ihm seitdem in einer ganz anderen, verhängnissvollen Beleuchtung: es tritt jenes Krankheitszeichen hervor, das wir als „Versündigungswahn" bezeichnen. Als ein Ausfluss der Angst ist auch die Vorstellung des Kranken zu betrachten, dass der Böse im Zimmer gewesen sei, dass man ihn holen wolle, dass er von Gott abgefallen sei. Um eigentliche Sinnestäuschungen handelt es sich bei jener ersteren Aeusserung nicht; es ist dem Kranken nur „so vorgekommen". Er hat auch ein lebhaftes Gefühl dafür, dass eine erhebliche Veränderung mit ihm vorgegangen ist; es ist ihm „nicht so wie früher". Im einzelnen ist er freilich nicht im Stande, die Krankhaftigkeit seiner Versündigungsideen und seiner Befürchtungen richtig zu beurtheilen.

Das hier gezeichnete Krankheitsbild belegen wir mit dem Namen der Melancholie. Wir haben es dabei mit der allmählichen Entwicklung einer ängstlichen Verstimmung zu thun, an die sich bald mehr, bald weniger ausgebildete Wahnvorstellungen anschliessen. Am häufigsten sind Versündigungsideen, die meist eine religiöse Färbung annehmen, die Meinung, von Gott abgefallen, verlassen, vom Teufel besessen zu sein, aber auch sog. hypochondrische Ideen, der Wahn, nie mehr gesund zu werden, keinen

Stuhlgang mehr zu haben u. ähnl. sind nicht selten. Dazu gesellt sich ferner oft die Furcht, zu verarmen, verhungern zu müssen, ins Gefängniss geworfen, vor Gericht geschleppt, hingerichtet zu werden.

In Folge der inneren Unruhe und der quälenden Vorstellungen entwickelt sich bei den Kranken fast regelmässig der Wunsch, nicht mehr zu leben, so dass sie ungemein oft zum Selbstmorde greifen. Unser Kranker hat freilich nur ziemlich schwächliche Selbstmordversuche angestellt. Ich zeige ihnen jedoch nunmehr eine 54jährige Wittwe, die sehr ernste Anstrengungen gemacht hat, sich ums Leben zu bringen. Die Kranke ist erblich nicht belastet, heirathete mit 30 Jahren und hat 4 gesunde Kinder. Vor 2 Jahren starb ihr Mann; seitdem war der Schlaf schlecht. Als dann ihr Haus wegen der Erbtheilung verkauft werden musste, wurde die Kranke ängstlich, meinte, sie käme nun in Noth, obgleich sie bei ruhiger Ueberlegung ihre Befürchtung als grundlos erkannte. Sie hatte Hitze im Kopf, Bangigkeit am Herzen, fühlte sich schwach und aufgeregt, war lebensüberdrüssig, besonders am Morgen, konnte auch mit Schlafpulver Nachts keine Ruhe finden. Plötzlich kam ihr der Gedanke: „Was thust Du noch länger auf der Welt? Mach', dass Du fort kommst, dass sie Ruhe haben; es langt ja doch nicht mehr". Dann hängte sie sich hinter dem Hause an ihrem Schnupftuche auf und verlor die Besinnung, wurde aber von ihrem Sohne wieder abgeschnitten und in die Klinik gebracht.

Hier war sie ganz besonnen, geordnet in Denken und Benehmen, hatte auch Verständniss für die Krankhaftigkeit ihres Zustandes, fürchtete aber, nie mehr gesund zu werden; sie könne es nicht mehr aushalten, nicht dableiben, müsse verzweifeln. Sie hatte ein sehr lebhaftes Bedürfniss, sich über ihren Zustand auszusprechen, jammerte laut, sie habe solche Angst; ein Geistlicher solle kommen und den Bösen austreiben. Dabei gerieth sie in ein starkes Zittern am ganzen Körper. Sie habe keine Ruhe, könne nicht mehr liegen; der Kopf schlage so, das Herz zerspringe; sie könne nicht mehr leben, wolle zu Hause sterben; Selbstmordgedanken quälten sie unablässig. Schlaf und Appetit waren schlecht; sonst bestand keine nachweisbare körperliche Störung. Im Laufe der ersten Monate besserte sich die Stimmung ziemlich rasch, so dass auf den dringenden Wunsch der Angehörigen eine Beurlaubung in die

Familie der Tochter versucht wurde. Dort aber traten Angst und Selbstmordgedanken sofort mit solcher Stärke hervor, dass schon nach 14 Tagen die Rückverbringung in die Klinik erfolgen musste. Hier besserte sich der Zustand bisher ganz langsam und unter vielen Schwankungen. Sehr verzögert wurde die Erholung durch das Auftreten cariöser Erkrankungen am rechten Scheitelbein und an der linken Handwurzel, die wiederholte Eingriffe nöthig machten, sich jetzt aber ziemlich günstig gestaltet haben.

Auch diese Kranke ist vollkommen klar über ihre Lage und giebt zusammenhängende Auskunft über ihren Zustand. Eigentliche Wahnbildungen sind bei ihr, abgesehen von der Befürchtung, nicht wieder gesund zu werden, nicht vorhanden. Vielmehr finden wir als wesentlichen Inhalt des ganzen Krankheitsbildes nur eine dauernde ängstliche Verstimmung mit denselben Begleiterscheinungen, die uns auch bei den Gemüthsbewegungen Gesunder bekannt sind, mit Störung des Schlafes, der Esslust und der allgemeinen Ernährung. Die Uebereinstimmung mit den Angstzuständen Gesunder wird noch dadurch vergrössert, dass die Verstimmung sich an einen äusseren schmerzlichen Anlass angeschlossen hat. Dennoch erkennen wir leicht, dass die Stärke und namentlich die Dauer der gemüthlichen Verstimmung hier die Grenzen des Krankhaften überschritten hat. Die Kranke empfindet es selbst deutlich, dass ihre Angst durch die Lage, in der sie sich befindet, nicht begründet ist, und dass sie eigentlich keinen Anlass hätte, sich den Tod zu wünschen.

Allerdings ist dieses Verständniss für die krankhafte Natur der Angst, die „Krankheitseinsicht", bei der Melancholie, der auch dieser Fall angehört, durchaus nicht immer vorhanden. Namentlich in jenen Fällen, in denen Wahnbildungen stärker in den Vordergrund treten, kann jenes wichtige Zeichen lange Zeit hindurch gänzlich fehlen. Als Beispiel zeige ich Ihnen eine 56jährige Wittwe, die vor $2^1/_4$ Jahren einen Sohn pflegte, der an Typhus erkrankt war, dann selbst eine fieberhafte Krankheit durchmachte, vermuthlich ebenfalls Typhus, und endlich einige Monate später plötzlich ihren Mann verlor. Sehr bald nachher begann sie ängstlich zu werden und sich Vorwürfe zu machen, dass sie ihren Mann nicht recht gepflegt habe. Rasch entwickelte sich dann ein ausgeprägter Versündigungswahn. Sie habe von jeher alles nicht

recht gemacht, sich vom bösen Feinde führen lassen. Ihr Gebet habe keinen Werth gehabt; sie habe das früher nur nicht gewusst. Ihr Mann habe geradezu den Teufel geheirathet, komme nun nicht in den Himmel; sie und ihre Kinder seien wegen ihres unchristlichen Vorlebens verdammt. Zugleich trat grosse Unruhe und fast völlige Schlaflosigkeit auf; die Kranke jammerte, schrie und weinte anhaltend, ass auch nichts mehr und musste daher bald in die Klinik gebracht werden.

Hier war sie besonnen, klar über ihre Umgebung, gerieth aber allmählich in sehr grosse ängstliche Erregung, die sich in einförmigem, fast unerträglichem Schreien äusserte. Nur für kurze Zeit war dasselbe durch Fragen zu unterbrechen, auf die sie immer Antwort gab. Dabei förderte sie aber eine Menge der abenteuerlichsten Vorstellungen zu Tage. Sie sei die Schlange im Paradiese gewesen, habe ihren Mann, der übrigens Adam hiess, verführt, sich und ihre Kinder verwunschen, alle Leute unglücklich gemacht. Darum werde sie verbrannt, war schon in der Hölle, sah dort im Abgrunde ihre schrecklichen Sünden. Das Firmament ist eingefallen; es giebt kein Wasser, kein Geld, kein Essen mehr; sie hat alles umgebracht, den Weltuntergang verschuldet; „die ganze Welt liegt auf meiner Seele“. In einem Schriftstücke an das Amtsgericht klagte sie sich aller dieser Verbrechen an und bat, sie doch ins Gefängniss zu überführen; auf einen Zettel schrieb sie als ihren Namen „Teufel“.

Sie können sich jedoch leicht davon überzeugen, dass die Kranke, während sie sinnlos schreit und derartige Wahnvorstellungen vorbringt, ganz gut weiss, wo sie ist, die Aerzte kennt und auf Fragen nach den Verhältnissen in ihrer Heimath abgerissene, aber zutreffende Auskunft giebt, auch Rechnungen richtig ausführt, um allerdings sofort wieder in ihr eintöniges Jammern zu verfallen. Körperlich ist sie in Folge mangelhafter Nahrungsaufnahme und schlechten Schlafes recht heruntergekommen, zeigt aber sonst keine Erkrankung. Sie hat 3 gesunde Söhne, während 3 Kinder klein gestorben sind. Ihr Vater soll vorübergehend geisteskrank gewesen sein.

Auf den ersten Blick scheint dieses Krankheitsbild von den anderen, einfacheren Formen wesentlich verschieden zu sein. Es lässt sich indessen leicht zeigen, dass die Abweichungen nur grad-

weise sind. Sowohl hinsichtlich der Ausbildung der Wahnvorstellungen wie der Stärke der Angst und ihrer Aeusserungen finden wir von den zuerst geschilderten, meist als „Melancholia simplex“ bezeichneten Formen zu diesem Krankheitsbilde hier und noch darüber hinaus alle nur denkbaren Uebergänge. Oft genug bietet derselbe Krankheitsfall zu verschiedenen Zeiten bald das eine, bald das andere Bild dar. Es ist daher nicht möglich, hier eine zuverlässige klinische Abgrenzung vorzunehmen.

Alle unsere drei Kranken standen in höherem Lebensalter. Das ist kein Zufall. Vielmehr scheint es, dass die Melancholie, wie wir sie hier geschildert haben, ganz vorzugsweise, vielleicht ausschliesslich, im beginnenden Greisenalter, bei Frauen von den Rückbildungsjahren an, sich einstellt. Man könnte sie als die krankhafte Ausprägung des Gefühles der wachsenden Unzulänglichkeit auffassen, wie es auch dem Gesunden im gleichen Alter sich leiser oder stärker bemerkbar zu machen pflegt. Am leichtesten werden natürlich, wie auch unsere Beispiele lehren, krankhaft veranlagte Menschen melancholisch werden; das weibliche Geschlecht scheint etwas mehr zu der Krankheit zu neigen, als das männliche. Von äusseren Anlässen spielen gemüthliche Erschütterungen, besonders der Tod naher Angehöriger, nicht selten eine auslösende Rolle, wenn sie auch wegen des Fehlens solcher Anlässe in anderen Fällen nicht als die wirklichen Ursachen betrachtet werden dürfen. Der Ausgang der Krankheit ist meist ein ziemlich günstiger.*) Etwa ein Drittel der Kranken wird völlig gesund. In schweren und lange dauernden Fällen kann eine stärkere gemüthliche Stumpfheit neben den abgeblassten Spuren der ängstlichen Verzagtheit zurückbleiben; auch das Urtheil und das Gedächtniss können dann erhebliche Einbusse erleiden. Der Verlauf ist immer ein langwieriger und erstreckt sich mit vielfachen Schwankungen meist über 1—2 Jahre und selbst noch länger.

Die Behandlung des Leidens wird in der Regel nur in der Anstalt geschehen können, da Selbstmordgedanken fast niemals ausbleiben. Treten derartige Neigungen hervor, so bedürfen die

*) Von unseren Kranken ist der erste seit mehr als $5^1/_2$ Jahren, die zweite seit 1 Jahre genesen. Die dritte steht noch in Behandlung, hat sich aber nach nunmehr $2^1/_2$jähriger Krankheitsdauer gebessert.

Kranken der genauesten Ueberwachung bei Tag und bei Nacht. Man legt sie ins Bett, sorgt für reichliche Ernährung, die freilich oft wegen ihres Widerstrebens auf grosse Schwierigkeiten stösst, regelt die Verdauung und sorgt, soweit möglich, durch Bäder oder Arzneien für ausreichenden Schlaf. Am meisten empfiehlt sich das Paraldehyd, unter Umständen der Alkohol oder gelegentliche Trionalgaben. Gegen die Angst wendet man das Opium in allmählich steigender und dann wieder fallender Gabe an, etwa 10—40 Tropfen 3mal täglich. Bei unseren beiden ersten Kranken hat dies Mittel vielfach recht gute Dienste gethan, während wir bei der dritten mehr Erfolg von kleinen Paraldehydgaben gehabt haben. Grosse Vorsicht ist bei der Entlassung nöthig. Erfolgt sie zu früh, wie bei der zweiten Kranken, so können schwere Rückfälle mit Selbstmordversuchen dadurch ausgelöst werden. Auch Besuche der nächsten Angehörigen pflegen bis in die letzte Zeit der Krankheit hinein ungünstig zu wirken.

II. Vorlesung.

Circuläre Depressionszustände.

M. H.! Der Kranke, den Sie heute vor Sich sehen, ist ein 43jähriger Kaufmann, der sich seit etwa 5 Jahren fast ununterbrochen in unserer Klinik befindet. Er ist kräftig gebaut, aber mangelhaft genährt, zeigt fahle Hautfarbe und leidenden Gesichtsausdruck. Mit müden, kleinen Schritten tritt er ein, setzt sich langsam und bleibt in etwas gebeugter Haltung sitzen, fast regungslos vor sich hinstarrend. Auf Befragen wendet er ein wenig den Kopf und antwortet nach einer gewissen Pause leise und einsilbig, aber sachgemäss. Man hat dabei den Eindruck, als ob ihm das Sprechen grosse Mühe mache; die Lippen bewegen sich schon etwas, bevor der Laut herauskommt. Der Kranke ist klar über Zeit und Ort, kennt die Aerzte und giebt an, dass er seit mehr als 5 Jahren krank sei, vermag aber näheren Aufschluss nicht zu geben, als dass er gemüthsleidend sei; Angst habe er nicht. Ueber

seine Verhältnisse wie über sein früheres Leben macht er auf Befragen kurze, durchweg zutreffende Angaben. Rechenaufgaben löst er zwar langsam, doch richtig, auch wenn sie ziemlich schwierig sind. Seinen Namen schreibt er auf Wunsch mit zögernden, aber festen Zügen an die Tafel, nachdem er sich schwerfällig erhoben hat. Irgendwelche Wahnvorstellungen, insbesondere Versündigungsideen, sind nicht festzustellen; der Kranke giebt nur an, dass er gedrückter Stimmung sei, ohne dafür einen anderen Grund zu wissen, als dass sein Leiden schon so lange daure und ihm Sorge mache. Er hofft jedoch, wieder gesund zu werden.

Wie Sie sehen, haben wir es offenbar auch hier im wesentlichen mit einer *gemüthlichen Verstimmung* zu thun wie in den früher besprochenen Fällen. Allerdings haben sich zu derselben keine Wahnbildungen gesellt wie dort, doch werden wir nicht geneigt sein, darauf allzu viel Gewicht zu legen, nachdem wir erfahren haben, in wie weiten Grenzen die Wahnbildung bei derselben Krankheit schwanken kann. Dagegen muss uns auffallen einmal, dass dieser Kranke nicht ängstliche, sondern einfach „gedrückte“ Stimmung zeigt, noch mehr aber, dass er anscheinend ausser Stande ist, sich frei zu äussern und zu bewegen, wie es die früher betrachteten Kranken thaten. Dort hatten wir es mit lebhaften Ausdrucksbewegungen, mit Jammern und Klagen, mit einem gewissen Bedürfnisse zu thun, der inneren Beklemmung Luft zu machen, während wir hier aus dem Kranken mühselig jede Aeusserung über seine inneren Zustände wie über sachliche Fragen herausziehen müssen. Gerade der Umstand, dass die Antworten auch über gleichgültige Dinge so langsam erfolgen, zeigt uns, dass wir es bei dem Kranken nicht etwa mit einer Scheu, sich auszusprechen, sondern mit einer allgemeinen Behinderung der sprachlichen Aeusserungen zu thun haben. Ja, es sind auch nicht allein diese, sondern *alle Willenshandlungen* bei ihm auf das äusserste



erschwert; er ist seit etwa 3 Jahren ausser Stande, vom Lager aufzustehen, sich anzukleiden, sich zu beschäftigen, und liegt bereits seit dieser Zeit fast regungslos zu Bett. Da er dabei das genaueste Verständniss für seine Umgebung hat und auch schwierigeren Gedankengängen zu folgen vermag, muss die Störung wesentlich auf die Auslösung von Willensbewegungen beschränkt oder doch hier bei weitem am stärksten ausgesprochen sein. Wir erkennen

dabei deutlich seine Bemühungen, zu handeln, unseren Aufforderungen nachzukommen, zugleich aber auch die Verlangsamung und Erschwerung, die jeder Willensantrieb erfährt. Es wird unter diesen Umständen gestattet sein, hier von einer Willenshemmung zu sprechen, in dem Sinne, dass sich der Umsetzung der Willensantriebe in Handlungen Widerstände entgegenstellen, die nur mühsam, aus eigener Kraft oft überhaupt nicht, überwunden werden können. Diese Hemmung bildet den bei weitem hervorstechendsten Zug des Krankheitsbildes. Ihr gegenüber tritt die traurige, gedrückte Stimmung verhältnissmässig wenig hervor; weitere psychische Störungen aber sind zur Zeit nicht nachzuweisen.

Mit dieser Feststellung haben wir eine Reihe von Einblicken in das Wesen der hier vorliegenden Krankheit gewonnen. Wir sehen zunächst, dass sich das Zustandsbild von denjenigen unserer melancholischen Kranken in ganz bestimmter Weise unterscheidet, eben durch die starke Willenshemmung bei Fehlen der dort so ausgeprägten ängstlichen Unruhe. Wie die Erfahrung lehrt, ist dieser Zustand ungemein kennzeichnend für eine ganz andere Krankheit, die wir aus sogleich zu erörternden Gründen mit dem Namen des manisch-depressiven Irreseins belegen wollen. Diese Krankheit pflegt in einer Reihe von einzelnen Anfällen zu verlaufen, die jedoch meist nicht gleichartig sind, sondern entweder Depressionszustände der hier geschilderten Art oder eigenthümliche Erregungszustände darbieten, wie wir sie späterhin genauer kennen lernen werden. Die einzelnen Anfälle sind gewöhnlich durch mehr oder weniger lange freie Zwischenzeiten von einander getrennt.

Auch bei unserem Kranken trifft der Schluss zu, den wir aus der Betrachtung seines jetzigen Zustandes gezogen haben. Er ist zum ersten Male schon mit 23 Jahren erkrankt. Damals war er, wie es beim ersten Anfalle am häufigsten ist, deprimirt, doch folgte der traurigen Verstimmung schon im nächsten Jahre ein Erregungszustand, der ihn in die Anstalt führte. Wieder 2 Jahre später schloss der Kranke eine Ehe mit einer weit unter ihm stehenden Person, höchst wahrscheinlich wieder in leichter Erregung, liess sich aber in der nun folgenden Verstimmung wieder scheiden. Mit 31 Jahren fiel er, anscheinend wieder in der Erregung, einer Hochstaplerin in die Hände, die ihn im Stiche

liess, als er später tiefsinnig wurde; die Angehörigen hielten freilich die Verstimmung für die Folge der von ihm gemachten trüben Erfahrung. Im 36. und 37. Lebensjahre folgte eine weitere stärkere Erregung, die wieder Anstaltsbehandlung nöthig machte.

Der Kranke, dessen Vater ebenso wie 2 seiner Brüder Trinker war, während eine Schwester in gleicher Weise krank ist wie er selbst, litt seit vielen Jahren an Diabetes insipidus. Ein Arzt rieth ihm deswegen angeblich, doch Wein zu trinken, da ihm das viele Wasser schädlich sei. Der Kranke folgte diesem Rathe und erkrankte vor etwa $5\,^1/_4$ Jahren plötzlich an einem Delirium tremens, an das sich jedoch unmittelbar ein allmählich immer schwerer werdender Erregungszustand anschloss, der erst nach 2 Jahren langsam schwand. Schon wenige Wochen nach der Entlassung aus unserer Klinik, in der er damals behandelt wurde, stellte sich nunmehr fast plötzlich die ungemein starke Willenshemmung ein, die Sie in etwas abgeschwächter Form noch jetzt an ihm beobachten. Der Kranke blieb unbeweglich im Bett liegen, ass nichts mehr, liess unter sich gehen, konnte kaum sprechen, äusserte ängstliche Vorstellungen. In der ersten Zeit scheint auch das Denken erschwert gewesen zu sein, während der Kranke jetzt auf schwierige Fragen nicht oder kaum langsamer antwortet, als auf leichte. Eigentliche Wahnvorstellungen traten aber auch damals nicht hervor. In der Klinik, in die der Kranke bald zurückkehrte, hat sich sein Zustand im Laufe der letzten 3 Jahre trotz sorgfältigster Pflege nur sehr langsam und unwesentlich gebessert. Dennoch werden wir erwarten dürfen, dass auch dieser Anfall wie die früheren in Genesung ausgeht*), wenn der Kranke die schwere Störung übersteht. Ebenso wahrscheinlich aber ist es auch, dass er früher oder später wieder an ähnlichen Depressions- oder Erregungszuständen erkranken wird, wie er sie bisher schon so oft überstanden hat.

Von besonderem Interesse ist bei der hier besprochenen Krankheit der Gang des Körpergewichtes. Unser Kranker hat in dem letzten Erregungsanfalle bei uns zunächst 13 Kilo ab- und dann mit der Beruhigung 25 Kilo zugenommen. In den ersten $1\,^1/_2$ Jahren der Depression sank das Körpergewicht von 91,5 auf

*) Diese Erwartung hat sich leider nicht erfüllt; der Kranke ist unter Fortbestehen der psychischen Störung an einer rasch verlaufenden Phthise nach $3\,^1/_2$jähriger Dauer der Depression zu Grunde gegangen.

56,5 Kilo, um sich seitdem nur um 14 Kilo wieder zu heben. Diese Zahlen liefern den Beweis für die gewaltigen Umwälzungen, die sich in derartigen Erkrankungen auf dem Gebiete der Gesammternährung abspielen. So wenig wir leider bisher im Stande sind, uns über die Einzelheiten dieser Vorgänge Rechenschaft zu geben, bieten uns doch die regelmässig durchgeführten Körperwägungen hier wie bei den meisten Formen des Irreseins ein vorzügliches Mittel für die Beurtheilung der allgemeinen Krankheitslage. Entschiedenes Ansteigen des gesunkenen Körpergewichtes ist beim manisch-depressiven Irresein das zuverlässigste Zeichen dafür, dass der Anfall seinen Höhepunkt überschritten hat.

An der Hand des soeben betrachteten Falles wird Ihnen, wie ich denke, die Deutung des nun folgenden leichter sein, als sie mir selbst früher geworden ist. Es handelt sich um eine 23jährige Frau, die erst vor 14 Tagen bei uns aufgenommen wurde. Die Kranke, deren Mutter etwas beschränkt ist, hat vor 6 Wochen zum zweiten Male geboren. Sie erlebte 17 Tage später einen starken Schreck durch einen Zimmerbrand und wurde nun ängstlich und unruhig, sah Flammen, schwarze Vögel und Hunde, hörte Pfeifen, Singen, fing an zu beten, schrie zum Fenster hinaus, jammerte über ihre Sünden, versprach, brav zu sein, schlief nicht mehr. Die mässig genährte, anämische Kranke sitzt mit gesenktem Blicke fast regungslos da, starrt vor sich hin, bewegt hie und da leise die Lippen. Der Gesichtsausdruck ist gespannt, etwas ängstlich. Auf die Fragen nach Zeit, Aufenthaltsort, nach den Personen ihrer Umgebung antwortet sie nicht oder schüttelt den Kopf oder sagt leise und zögernd: „Das weiss ich nicht“. Sie nickt, als ich sie frage, ob sie traurig sei, und murmelt vor sich hin: „Es kommen immer so viele Wagen; draussen fahren viele herum“. Hie und da bringt sie in jammerndem Tone einzelne abgerissene Aeusserungen vor, die sie auch wol oft hintereinander wiederholt: „Ich will heim, will hinaus“, „O je, o je“, „lasst mich nur fort“, „ich lass' mich nicht todt machen“, „ich darf nicht dableiben“, „im Essen ist Gift, lieber Himmel“. Aufforderungen befolgt sie zögernd, widerstrebt bisweilen, lässt sich jedoch durch Zureden sichtlich beeinflussen. Bei Bedrohungen mit einer Nadel kreischt sie und wehrt heftig ab. Das Essen muss ihr meist eingegeben werden.

Es wird Ihnen bei der Betrachtung der unfreien Haltung

unserer Kranken, der Langsamkeit und Gebundenheit ihrer Bewegungen, die nur bei der ängstlichen Abwehr lebhafter werden, klar geworden sein, dass wir es auch hier mit einer Willenshemmung zu thun haben, die vor allem in dem fast völligen Wegfallen der sprachlichen Aeusserungen wie der Ausdrucksbewegungen auffällig wird. Dazu kommt aber gegenüber dem vorigen Kranken einmal die stärker ausgeprägte Angst, welche die Kranke für Zureden und Beeinflussungen weit weniger zugänglich erscheinen lässt, als es dort der Fall war, dann aber namentlich die schwere Störung der Verstandesthätigkeit. Die Kranke ist gänzlich unklar über ihre Lage, versteht nicht, was um sie herum vorgeht, vermag keine geistigen Aufgaben zu lösen. Zu der Erschwerung der Willenshandlungen hat sich demnach hier eine solche des Denkens gesellt. Sie werden Sich jedoch erinnern, dass eine derartige Störung auch bei dem vorigen Kranken im Beginne des Anfalles vorhanden war, und dass sie erst späterhin mehr und mehr zurückgetreten ist. In der That ist diese „Denkhemmung", wie wir sie nennen wollen, eine ganz regelmässige Begleiterscheinung der Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins; sie ist nur bald stärker, bald schwächer ausgeprägt und wird meist von den Kranken selbst sehr deutlich empfunden.

Da auch die Stärke und die Färbung der gemüthlichen Verstimmung beim manisch-depressiven Irresein innerhalb ziemlich weiter Grenzen schwanken kann, so werden wir im Hinblicke auf die ausgeprägte Hemmung des Wollens und Denkens zu der Auffassung kommen, dass der vorliegende Fall derselben Krankheitsgruppe angehört wie der vorige. Daraus würde sich für uns die Wahrscheinlichkeit ergeben, dass bei der Kranken früher oder später ähnliche Anfälle, aber auch wohl Erregungen nachzuweisen sein werden. Einen gewissen Anhalt für die Beurtheilung ergiebt uns schon die merkwürdige Thatsache, dass die so ängstliche Kranke bei längerem Zureden in überraschender Weise anfängt, ihr Gesicht zum Lächeln zu verziehen. Die Bedeutung dieses Zeichens wird Ihnen sofort klar werden, wenn wir einen Rückblick in die Vergangenheit werfen. Die Kranke ist nämlich schon vor 4 Jahren bei uns gewesen. Sie hatte damals, von einem verheiratheten Manne geschwängert, abortiert. Wenige Wochen nachher wurde sie stumm und starr, äusserte Todesgedanken, sah

Geister, wurde vollständig verwirrt, unklar, rathlos, ängstlich, ass nicht mehr — kurz, es entwickelte sich ein dem jetzigen genau gleichender, nur noch schwererer Zustand von Denk- und Willenshemmung, der etwa 7 Monate andauerte. Dann aber trat ganz rasch ein völliger Umschlag ein: die Kranke wurde klar, besonnen, übermüthig und machte nunmehr einen sehr heftigen Erregungszustand durch, der nach fast 6 Monaten allmählich wieder schwand. In der Genesungszeit machte sich vorübergehend eine leichte traurige Verstimmung geltend; dann aber war und blieb die Kranke bis zum Beginne des jetzigen Anfalles gesund.

Wir erkennen demnach, dass der aus dem jetzigen Zustande der Kranken gezogene Schluss ein zutreffender war. Bei der Gleichartigkeit der beiden bisher vorliegenden Depressionszustände kann an ihrer Zugehörigkeit zu demselben klinischen Krankheitsbilde füglich nicht gezweifelt werden. Allerdings ist zu bemerken, dass beide Erkrankungen sich an ein Wochenbett anschlossen; es könnte also die gleiche Ursache beide Male dieselbe Krankheit erzeugt haben. Andererseits jedoch haben wir das eigenartige Zeichen der Denk- und Willenshemmung ganz ebenso im vorigen Falle beobachtet, wo kein Wochenbett vorausgegangen war. Sodann aber liefert uns der spätere Umschlag der Depression in Erregung, wie er bei beiden Kranken in gleicher Weise eintrat, einen neuen Beweis für die Zugehörigkeit unseres Bildes zum manisch-depressiven Irresein. Weiterhin werden wir sehen, dass diejenigen Krankheitsbilder, bei denen wir Grund haben, wirklich das Wochenbett als wesentliche Ursache zu betrachten, ganz andere klinische Züge aufweisen, und endlich lehrt die Erfahrung, dass einzelne Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sehr häufig durch äussere Schädlichkeiten ausgelöst werden. Wir müssen demnach darauf gefasst sein, dass ein nächster Anfall bei unserer Kranken auch einmal ohne greifbaren Anlass zum Ausbruche kommen wird.

Auf Grund dieser Erwägungen werden wir bei unserer Kranken die Vermuthung aussprechen dürfen, dass sie in ihrem ferneren Leben wahrscheinlich noch öfters, entweder mit Depression, wie jetzt, oder mit Erregung erkranken, dass aber jeder Anfall voraussichtlich in Genesung endigen wird. Auch für den jetzigen Anfall lässt sich das bestimmt erwarten, doch ist es recht wohl

möglich, dass sich vorher noch wie früher ein leichterer Erregungszustand einschiebt*). Das vorhin erwähnte Lächeln könnte schon die erste Andeutung eines solchen Umschlags darstellen.

Den Zustand schwerer Willenshemmung pflegt man mit einigen anderen, äusserlich ähnlichen unter dem Namen „Stupor“ zusammenzufassen. Die hier vorliegende Form wollen wir als „circulären Stupor“ bezeichnen, weil das manisch-depressive Irresein wegen der wechselnden Wiederkehr der Zustände meist „circuläres Irresein“ genannt wird. Die gemeinsame Eigenthümlichkeit aller Stuporformen ist das Ausbleiben von sprachlichen oder sonstigen Willensäusserungen auf äussere Einwirkungen. Der Stupor ist jedoch kein einheitlicher Zustand, noch viel weniger eine Krankheit, sondern ein Zeichen, das sehr verschiedenen Ursprungs sein und daher sehr verschiedene klinische Bedeutung haben kann. Aber auch der circuläre Stupor begegnet uns in so mannichfaltigen Gestaltungen, dass deren innerliche Uebereinstimmung oft nicht leicht erkennbar ist. Sie sehen hier eine 44jährige Wirthsfrau vor sich, die seit etwa 10 Wochen erkrankt ist. Geistesstörungen sind in ihrer Familie bisher nicht vorgekommen; sie hat 3 gesunde Kinder. Als ihr Mann vor kurzem genöthigt war, seine Wirthschaft zu wechseln, fing die Kranke an, über Eingenommenheit des Kopfes zu klagen, machte sich grundlose Sorgen, die Kinder hätten keine Kleider mehr, alles sei zerrissen, der bevorstehende Umzug sei ihr Tod. Sie habe ihren Mann unglücklich gemacht; der Gerichtsvollzieher komme; es sei nichts mehr zu leben da; alles gehe zu Grunde. Zugleich sprach und ass sie wenig, starrte ins Leere, schlief fast gar nicht mehr. Da sie zudem Nachts ein Messer mit ans Bett nahm und Selbstmordgedanken äusserte, wurde sie in die Klinik gebracht. Hier erwies sie sich als vollkommen besonnen, klar über ihre Lage, gab auf Befragen einsilbige, aber geordnete Auskunft über ihre Verhältnisse und ihre Krankheit. Schon seit einem Vierteljahre habe sie keine Ruhe mehr, sei zerstreut, vergesslich, habe so kurze Gedanken. Sie könne nicht mehr froh sein; alles sei ihr verleidet; die Arbeit werde ihr schwer, so dass sie nichts mehr habe fertig bringen können. Die Kranke sprach von

*) Die Kranke ist nach 5monatlichem Anstaltsaufenthalte unter Gewichtszunahme von 13 Kilogramm ohne deutliche manische Erregung genesen und seither 2 Jahre lang gesund geblieben.

selbst wenig, lag meist still und mit niedergeschlagenem Gesichtsausdrucke im Bette, musste sich bei der Beantwortung einfacher Fragen unverhältnissmässig lange besinnen, war über die zeitliche Ordnung ihrer Erlebnisse nicht ganz klar, erkannte zunächst nicht, wo sie sich befand. Alle Aeusserungen und Bewegungen erfolgten langsam und zögernd, wie wenn sie nicht recht wisse, was sie sagen und thun solle. Die Stimmung war gedrückt; namentlich bei Besuchen weinte die Kranke viel. Ihr Leiden bezeichnete sie als „Schwermuth"; bei jeder eingehenden Besprechung desselben brach sie in Weinen aus, ohne über ihren Zustand genauere Auskunft geben zu können.

Das Bild, das die Kranke jetzt darbietet, zeigt im wesentlichen noch dieselben Züge, das stille, gedrückte Wesen, den traurigen Gesichtsausdruck, die leise, zögernde Sprache, die müden, langsamen Bewegungen bei völliger Erhaltung der Besonnenheit. Dagegen sind die Versündigungsideen viel stärker geworden. Unter Thränen bezeichnet sich die Kranke als die grösste Verbrecherin, da sie Mann und Kinder ins Unglück gestürzt habe; sie werde ganz gewiss hingerichtet. Das sind dieselben Versündigungsideen, die wir bei der Melancholie kennen gelernt haben. Man könnte daher, namentlich auch im Hinblicke auf das Alter der Kranken, versucht sein, das Leiden für eine einfache klimakterische Melancholie zu halten. Indessen steht dieser Auffassung, wie ich glaube, das deutliche Hervortreten der Hemmung des Denkens und Wollens entgegen, die wir ganz in dieser Form beim manisch-depressiven Irresein, nicht aber bei der Melancholie beobachtet haben. Ich glaube daher, dass wir auf Grund dieser Zeichen berechtigt sind, unser Bild jener ersteren Erkrankung zuzurechnen. Ist diese meine Deutung des Falles richtig, so werden wir also nicht einen gleichförmigen längeren Krankheitsverlauf zu erwarten haben, der in Genesung oder in den früher kurz geschilderten eigenartigen Schwächezustand nach Melancholie ausgeht, sondern wir dürfen, da die ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins meist ziemlich rasch und günstig zu verlaufen pflegen, auf eine weit kürzere Dauer und völlige Genesung hoffen. Allerdings müssen wir uns andererseits auf eine spätere Wiedererkrankung in derselben Form oder in derjenigen der Erregung gefasst machen.

Der bisherige Verlauf des Falles spricht einigermassen für die

Richtigkeit unserer Auffassung. Die Niedergeschlagenheit der Kranken verlor sich hier schon nach 3—4 Wochen fast ganz, und an ihre Stelle trat ein etwas ungeduldiges, unzufriedenes Wesen mit häufigem Lächeln, dessen klinische Bedeutung wir bei anderer Gelegenheit noch kennen lernen werden. Die Kranke drängte so stark nach Hause, dass ihr Mann glaubte, ihrem „Heimweh" auch gegen unseren Rath nachgeben zu müssen. Zu Hause verschlimmerte sich indessen der Zustand ungemein rasch, und es traten nun die Versündigungsideen viel stärker hervor, so dass die Kranke schon nach 4 Tagen zurückgebracht werden musste. Wahrscheinlich werden wir aber auch jetzt bald wieder eine Besserung erzielen*).

Die mildere Form, in der uns hier die Willenshemmung entgegentritt, kommt den Kranken selbst als „Entschlussunfähigkeit" zum Bewusstsein und begegnet uns als solche in den zahllosen leichten Fällen von manisch-depressivem Irresein, die niemals in die Anstalt kommen, ja überhaupt nicht als krankhaft erkannt werden. Wir sehen dann das „psychologische Räthsel", wie ohne ausreichende Ursache, aber nach Ansicht der Kranken und ihrer Umgebung als Folge irgend welcher äusserer Anlässe in mehr oder weniger regelmässiger Weise Zeiten völliger Entschlussunfähigkeit, in denen jede Willensentscheidung die grösste Anstrengung kostet, mit solchen flottester Unternehmungslust abwechseln. Gerade diese leichtesten Formen des Leidens, von denen alle möglichen Uebergänge zu den schweren und schwersten hinüberführen, lehren uns am besten, wie tief das manisch-depressive Irresein in der persönlichen Veranlagung wurzelt. Wir finden es daher auch vielfach bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Oft genug sehen wir fast das ganze Leben von den leichten, einander nahezu ununterbrochen ablösenden Anfällen ausgefüllt. Ebenso häufig jedoch tritt das Leiden, wie hier beschrieben, nur einige Male mit mehr oder weniger langen Zwischenzeiten hervor, bald in bestimmtem Lebensalter, bald an diese oder jene äussere Schädigung sich anschliessend. Am liebsten setzen die Anfälle in den Entwicklungsjahren oder später in der Rückbildungszeit ein.

---

*) Die Kranke befindet sich noch in unserer Behandlung und hat sich wesentlich gebessert. Leider hat ihr Mann noch einmal die Genesung dadurch gestört, daß er die Frau gegen ärztlichen Rath nach Hause nahm; ein schwerer Selbstmordversuch war das Ergebniss.

Von den ganz leichten Anfällen, die übrigens jederzeit mit schweren abwechseln können, verlaufen sehr viele ohne jede Behandlung; andere werden als „Neurasthenien" in die verschiedensten Anstalten, Curorte oder auf Reisen geschickt und rühmen dann diejenige Cur mit Ueberzeugung, bei welcher die Besserung oder der Umschlag in Erregung erfolgte. In allen schwereren Fällen ist jedoch die Anstaltsbehandlung dringend geboten, schon wegen der Selbstmordgefahr, die im Beginne oder gegen Ende des Anfalles am grössten zu sein pflegt, da dann die Willenshemmung den Kranken nicht unfähig macht, sich zum Handeln aufzuraffen. In der Anstalt wird neben sorgfältiger Ueberwachung eine verständige, mässig strenge Bettbehandlung durchzuführen sein. Von Arzneien mag man Brom allein oder in Verbindung mit Opium, ferner gelegentliche Schlafmittel versuchen, doch darf man auf sie keine zu grossen Hoffnungen setzen. Bisweilen thun verlängerte warme Bäder gute Dienste. Besuche der nächsten Angehörigen sind ebenso wie vorzeitige Entlassungen eine häufige Quelle von Rückfällen.

III. Vorlesung.

Dementia praecox.

M. H.! Sie sehen heute einen kräftig gebauten, gut genährten, 21jährigen Mann vor sich, der vor wenigen Wochen in die Klinik eingetreten ist. Er sitzt ruhig da, sieht vor sich hin, blickt nicht auf, wenn man ihn anredet, versteht aber offenbar alle Fragen sehr gut, da er, wenn auch langsam und oft erst auf wiederholtes Drängen, so doch durchaus sinngemäss antwortet. Aus seinen kurzen, mit leiser Stimme gemachten Angaben entnehmen wir, dass er sich für krank hält, ohne dass wir über die Art und die Zeichen der Störung nähere Auskunft erhielten. Der Kranke schiebt sein Leiden auf die von ihm seit dem 10. Lebensjahre betriebene Onanie. Dadurch habe er sich einer Sünde gegen das

6. Gebot schuldig gemacht, sei in seiner Leistungsfähigkeit sehr heruntergekommen, habe sich schlaff und elend gefühlt und sei zum Hypochonder geworden. So habe er sich im Anschlusse an die Lectüre gewisser Bücher eingebildet, dass er einen Bruch bekomme, an Rückenmarksschwindsucht leide, obgleich beides nicht der Fall sei. Mit seinen Kameraden habe er nicht mehr verkehrt, weil er gemeint habe, dass sie ihm die Folgen seines Lasters ansähen und sich über ihn lustig machten. Alle diese Angaben bringt der Kranke in gleichgültigem Tone vor, ohne aufzusehen oder sich um seine Umgebung zu bekümmern. Sein Gesichtsausdruck verräth dabei keine gemüthliche Regung; nur ein flüchtiges Lachen zeigt sich hie und da. Ausserdem fällt gelegentliches Stirnrunzeln oder Verziehen des Gesichtes auf; um Mund und Nase beobachtet man beständig ein feines, wechselndes Zucken.

Ueber seine früheren Erlebnisse giebt der Kranke zutreffende Auskunft. Seine Kenntnisse entsprechen seinem hohen Bildungsgrade; er hat vor einem Jahre die Reife für die Universität erworben. Er weiss auch, wo er sich befindet und wie lange er hier ist, kennt aber die Namen der ihn umgebenden Personen nur sehr mangelhaft; danach habe er noch nicht gefragt. Auch über die allgemeinen Zeitereignisse des letzten Jahres weiss er nur sehr spärliche Angaben zu machen. Auf Befragen erklärt er sich bereit, zunächst in der Klinik zu bleiben; lieber sei es ihm allerdings, wenn er einen Beruf ergreifen könne, doch vermag er nicht anzugeben, was er etwa anfangen wolle. Körperliche Störungen sind ausser recht lebhaften Kniesehnenreflexen nicht nachzuweisen.

Auf den ersten Blick erinnert der Kranke vielleicht an die Depressionszustände, die wir in früheren Stunden kennen gelernt haben. Bei genauerer Betrachtung werden Sie jedoch unschwer verstehen, dass wir es hier trotz gewisser ähnlicher Einzelheiten mit einem ganz andersartigen Krankheitsbilde zu thun haben. Der Kranke giebt langsame und einsilbige Auskunft, aber nicht deswegen, weil sein Wunsch, zu antworten, auf übermächtige Hindernisse stösst, sondern darum, weil er gar nicht das Bedürfniss fühlt, zu reden. Er hört und versteht zwar recht gut, was man ihm sagt, aber er giebt sich gar keine Mühe, darauf zu achten, passt nicht auf, antwortet ohne Nachdenken, was ihm gerade einfällt. Eine deutliche Anspannung des Willens ist dabei nicht zu bemerken;

auch alle Bewegungen erfolgen schlaff und ohne Nachdruck, aber ungehindert und mühelos. Von gemüthlicher Niedergeschlagenheit, wie man sie etwa nach dem Inhalte seiner Aeusserungen erwarten sollte, ist keine Rede; der Kranke bleibt dabei ganz stumpf, fühlt weder Befürchtungen noch Hoffnungen noch Wünsche. Was um ihn vorgeht, berührt ihn nicht tiefer, obgleich er es ohne wesentliche Schwierigkeit begreift. Es gilt ihm gleich, wer bei ihm aus- und eingeht, mit ihm spricht, für ihn sorgt; er fragt nicht einmal nach dem Namen.



Dieser eigenthümliche, tiefgreifende Mangel einer Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei gut erhaltener Fähigkeit, aufzufassen und zu behalten, ist nun in der That das kennzeichnende Merkmal der Krankheit, die wir hier vor uns haben. Er wird noch deutlicher, wenn wir den Kranken eine Zeit lang beobachten und sehen, dass er trotz seiner guten Bildung Wochen und Monate lang im Bette liegt oder herumsitzt, ohne das geringste Bedürfniss nach Beschäftigung zu empfinden. Vielmehr starrt und brütet er mit ausdruckslosen, hie und da von leerem Lächeln umspielten Zügen vor sich hin, blättert höchstens einmal in einem Buche, spricht nichts und kümmert sich um nichts. Auch bei Besuchen sitzt er theilnahmlos da, erkundigt sich nicht nach den häuslichen Verhältnissen, begrüsst seine Eltern kaum und kehrt gleichgültig wieder auf die Abtheilung zurück. Zum Briefschreiben ist er kaum zu bewegen, meint, er wisse nichts zu schreiben. Gelegentlich verfasst er aber dann einmal einen Brief an den Arzt, in dem er, wenn auch in leidlicher Form, ziemlich zusammenhangslos alle möglichen schiefen und halben Gedanken mit eigenthümlichen, platten Wortspielereien vorbringt, „um etwas mehr Allegro in der Behandlung“, um „freiheitliche Bewegung zwecks Horizontserweiterung“ bittet, „ergo in Vorlesungen etwas Geist schinden“ will und „nota bene um Gottes willen nur nicht mit Club der Harmlosen combiniert zu werden wünscht“; „Berufsarbeit ist Lebensbalsam“.



Diese Schriftstücke wie auch seine Aeusserungen, er denke über die Welt nach, braue sich jetzt eine Moralphilosophie zusammen, lassen keinen Zweifel darüber, dass hier neben der gemüthlichen Verödung auch ein erheblicher Grad von Urtheilsschwäche und Zerfahrenheit vorhanden ist, obgleich die rein gedächtniss-

mässige Beherrschung der Kenntnisse keine oder doch nur geringe Einbusse erlitten hat. Es handelt sich um ein geistiges und gemüthliches Siechthum eigener Art, das nur äusserlich noch an die früher besprochenen Depressionszustände erinnert. Dieses Siechthum ist der unheilbare Ausgangszustand eines überaus häufigen Krankheitsvorganges, den wir vorläufig mit dem Namen der Dementia praecox belegen wollen.

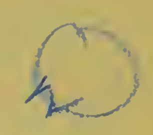
Die Entwicklung des Leidens hat sich ganz allmählich vollzogen. Unser Kranker, dessen beide Eltern vorübergehend „schwermüthig“ waren, kam, weil er ein zartes Kind war und schlecht sprach, erst mit 7 Jahren in die Schule, lernte dann aber ganz gut; er galt als verschlossener, eigensinniger Knabe. Nachdem er schon früh viel onanirt hatte, zog er sich in den letzten Jahren immer mehr zurück, glaubte sich von den Geschwistern verlacht, aus der Gesellschaft ausgeschlossen wegen seiner Hässlichkeit, duldete deswegen keinen Spiegel in seinem Zimmer. Nachdem er vor einem Jahre die schriftliche Abgangsprüfung bestanden hatte, wurde ihm die mündliche erlassen, weil er unfähig war, weiter zu arbeiten. Er weinte viel, masturbirte stark, lief planlos herum, spielte unsinnig Klavier, stellte Betrachtungen an „über das Nervenspiel des Lebens, mit dem er nicht fertig werde“. Zu jeder, auch körperlicher Arbeit war er unfähig, fühlte sich „caput“, bat um einen Revolver, ass schwedische Streichhölzchen, um sich umzubringen, und verlor jede gemüthliche Beziehung zu seiner Familie. Zeitweise wurde er erregt und störend, sprach Nachts laut zum Fenster hinaus. Auch in der Klinik wurde ein mehrtägiger Erregungszustand beobachtet, in dem er verworren schwatzte, Gesichter schnitt, im Sturmschritt herumlief und zusammenhangslose Schriftstücke verfasste, über die er dann kreuz und quer Schnörkel und sinnlose Buchstabenzusammenstellungen malte. Ueber die Ursache seines absonderlichen Benehmens vermochte er nach seiner bald erfolgten Beruhigung keinerlei Auskunft zu geben*).



Ausser der geistigen und gemüthlichen Verblödung begegnen uns im vorliegenden Falle noch einige weitere bedeutungsvolle Züge. Dahin gehört zunächst das leere, läppische Lachen, das wir in der Dementia praecox unendlich oft beobachten. Diesem

*) Der Kranke ist später unverändert in die Familienpflege zurückgekehrt.

Lachen entspricht keine heitere Stimmung; einzelne Kranke beklagen sich geradezu, dass sie lachen müssten, ohne dass ihnen lächerlich zu Muthe sei. Eine zweite wichtige Krankheitserscheinung ist das Gesichterschneiden oder Grimmassiren sowie das feine Muskelzucken im Gesichte, das ebenfalls sehr kennzeichnend für die Dementia praecox ist. Weiterhin haben wir die Neigung zu eigenthümlich verschrobenen Redewendungen, zu sinnlosem Spielen mit Silben und Wörtern zu bemerken, weil sie in dieser Krankheit oft sehr absonderliche Formen annimmt. Endlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass der Kranke, wenn man ihm die Hand reicht, diese nicht ergreift, sondern einfach die seinige steif entgegenstreckt; auch darin sehen wir die erste Andeutung einer Störung, die in der Dementia praecox vielfach in höchst verblüffender Weise ausgebildet ist.







Die Entwicklung des Leidens hatte sich bei unserem Kranken ganz allmählich vollzogen, so dass ein bestimmter Zeitpunkt für den Beginn kaum festgestellt werden kann. Darum wird in solchen Fällen die sich vollziehende Veränderung leicht auf eine sträfliche sittliche Verlotterung zurückgeführt, der man durch erzieherische Massregelungen zu begegnen sucht. Namentlich pflegt man die bei unseren Kranken sehr häufige Onanie für die Quelle der Krankheit zu halten, so dass man früher in derartigen Fällen geradezu von einem Irresein der Onanisten sprach. Ich bin indessen geneigt, in der Onanie mehr ein Zeichen als die Ursache der Krankheit zu erblicken. Wir sehen das gleiche schwere Krankheitsbild oft genug ohne auffallend starkes Onaniren entstehen und kennen andererseits entartete Onanisten, die ganz andere Krankheitszeichen darbieten. Von einem gesetzmässigen ursächlichen Zusammenhange zwischen der Onanie und der Dementia praecox kann daher nicht wohl die Rede sein. Zudem ist die Krankheit beim weiblichen Geschlechte, bei dem die schwächende Bedeutung der Onanie doch eine weit geringere sein dürfte, nicht seltener. Endlich ist zu beachten, dass die Krankheit häufig ganz plötzlich einsetzt, ein Umstand, der auch nicht gerade geeignet ist, die Annahme einer onanistischen Entstehung derselben zu stützen.



Den Beginn der Dementia praecox bildet vielfach ein Depressionszustand, den man zunächst recht wohl mit einem der früher beschriebenen verwechseln kann. Als Beispiel zeige ich Ihnen einen

22jährigen Taglöhner, der schon vor 3 Jahren zum ersten Male in die Klinik eintrat. Er stammt angeblich aus gesunder Familie und war ein guter Schüler. Wenige Wochen vor der Aufnahme hatte er einige Angstanfälle. Er wurde dann verstört, unstet, zerstreut, starrte vor sich hin, sprach verworren und äusserte unklare Versündigungs- und Verfolgungsideen. Bei der Aufnahme gab er zögernde, abgerissene Antworten, löste Rechenaufgaben, befolgte Aufforderungen, wusste aber nicht, wo er sich befand. Er sprach von selbst fast nichts, murmelte höchstens einige schwer verständliche Worte, es sei Krieg, er esse nichts mehr, lebe von Gottes Wort; ein Rabe sei am Fenster und wolle sein Fleisch essen u. dergl. Obgleich er Anreden gut auffasste und sich sogar leicht ablenken liess, kümmerte er sich doch um seine Umgebung gar nicht, hatte kein Bedürfniss, über seine Lage ins klare zu kommen, äusserte weder Angst noch Wünsche. Meist lag er mit starrem, leerem Gesichtsausdrucke im Bett, stand aber auch öfters auf, um niederzuknieen oder langsam herumzugehen. Alle Bewegungen zeigten dabei eine gewisse Gebundenheit und Unfreiheit; die Glieder blieben in der Stellung, die man ihnen etwa gab, eine Zeit lang stehen. Erhob man vor dem Kranken rasch die Arme, so ahmte er diese Bewegung nach, klatschte in die Hände, wenn man es ihm vormachte. Diese Erscheinungen, die wir als „wächserne Biegsamkeit", flexibilitas cerea, Katalepsie einerseits, als Echopraxie andererseits bezeichnen, sind uns von den Erfahrungen bei hypnotischen Versuchen bekannt. Sie sind immer die Zeichen einer eigenartigen Willensstörung, deren verschiedene Aeusserungen wir unter dem Namen der Befehlsautomatie zusammenfassen. Von sonstigen Störungen ist bei unserem Kranken noch das Bestehen einer Pupillendifferenz sowie das Auftreten eines Anfalles von Bewusstlosigkeit mit Zuckungen in den Armen zu erwähnen.

Im Laufe der nächsten Monate besserte sich der Zustand. Der Kranke wurde klarer, natürlicher in seinem Benehmen, hatte ein deutliches Krankheitsgefühl, blieb aber auffallend stumpf, theilnahmlos, gedankenarm. Dennoch fand er draussen wieder Beschäftigung und kehrte erst vor einem Jahre wieder in die Klinik zurück. Er hatte sich vor einen Bahnzug geworfen und dabei den rechten Fuss verloren sowie den linken Arm gebrochen. Diesmal

war er besonnen, klar über seine Umgebung, zeigte auch ganz gute geographische und rechnerische Kenntnisse, sprach aber von selbst mit Niemandem, lag stumpfsinnig, mit leerem Gesichtsausdrucke da, ohne sich zu beschäftigen oder die Vorgänge in der Umgebung zu beachten. Als Grund für seinen Selbstmordversuch gab er an, er sei krank; vor einem Jahre sei ihm das Hirn durchgebrochen. Seitdem könne er nicht mehr allein denken; die Anderen wüssten seine Gedanken, sprächen darüber, hörten, wenn er die Zeitung lese.

In demselben Zustande befindet sich der Kranke noch heute. Er sieht gleichgültig vor sich hin, blickt sich in der ihm fremden Umgebung nicht um, schaut nicht auf, wenn man ihn anredet. Dennoch gelingt es, durch eindringliches Fragen von ihm einzelne zutreffende Antworten zu erhalten. Er weiss, wo er ist, kennt Jahr und Monat, die Namen der Aerzte, rechnet einfache Aufgaben, vermag einige Städte und Flüsse aufzuzählen, bezeichnet sich aber dazwischen als den Sohn des Deutschen Kaisers, Wilhelm Rex. Ueber seine Lage macht er sich keine Gedanken, will dableiben; sein Gehirn sei verletzt, die Adern gesprengt. Die wächserne Biegsamkeit und die Echopraxie ist bei ihm noch deutlich nachzuweisen. Bei der Aufforderung, die Hand zu geben, streckt er dieselbe steif vor, ohne zuzugreifen.

Wie Sie ohne weiteres erkennen, haben wir einen Verblödungszustand*) vor uns, bei dem die Auffassungsfähigkeit und die Erinnerung an früher erworbene Kenntnisse weit weniger gestört sind, als das Urtheil, besonders aber als die gemüthlichen Regungen und die mit ihnen in innigstem Zusammenhange stehenden Willenshandlungen. Die Uebereinstimmung des Krankheitsbildes mit dem vorhin besprochenen ist demnach trotz der verschiedenartigen Entwicklung des Leidens eine sehr weitgehende. Namentlich sind der völlige Verlust der geistigen Regsamkeit, des Interesses, das Fehlen jeglichen Antriebes zur Thätigkeit so eigenartige und tiefgreifende Veränderungen, dass sie dem Zustande in beiden Fällen sein ganz bestimmtes Gepräge geben. Sie sind neben der Urtheilsschwäche niemals fehlende, die ganze Entwicklung der

*) Der Kranke befindet sich etwas gebessert in einer Pflegeanstalt.

Krankheit begleitende und überdauernde Grundzüge der Dementia praecox. Neben ihnen müssen alle übrigen Störungen, mögen sie im einzelnen Falle noch so sehr in den Vordergrund treten, doch nur als mehr vorübergehende und darum nicht durchaus kennzeichnende Erscheinungen betrachtet werden. Letzteres gilt z. B. von den Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, die zwar ungemein häufig vorhanden sind, aber sehr verschieden entwickelt sein, auch ganz fehlen oder doch wieder verschwinden können, ohne dass dadurch jene Grundzüge oder der Verlauf und Ausgang der Krankheit irgendwie berührt würden. Dennoch können wir uns als Regel merken, dass Depressionszustände, die gleich im Beginne von lebhaften Sinnestäuschungen oder verworrenen Wahnvorstellungen begleitet sind, meist die Einleitung einer Dementia praecox bilden. Auch die gemüthlichen Schwankungen sind bei dieser Krankheit immer nur flüchtiger Art und daher für die Diagnose nicht verwerthbar. Gerade im Anfange freilich beobachten wir häufig lebhafte Angstzustände oder traurige Verstimmungen, aber wir können uns meist sehr bald davon überzeugen, dass die gemüthliche Ergriffenheit ungemein rasch schwindet, auch wenn deren äussere Zeichen noch eine Zeit lang fortbestehen.

Wenn Sie den jetzt vor Ihnen stehenden, 35jährigen, kräftig gebauten Briefträger ansehen, so werden Sie kaum begreifen können, dass sich dieser Mann vor wenigen Tagen nicht nur selbst umzubringen suchte, sondern auch seine Frau bereden wollte, mit ihm zu sterben, nachdem er eine Woche früher schon bewusstlos vom Wasserrohr abgeschnitten worden war. Der blass aussehende, in seiner Ernährung heruntergekommene Kranke ist völlig besonnen, weiss, wo er ist, versteht seine Lage und giebt auf Befragen geordnete, zutreffende Auskunft. Seit 5 Wochen sei er krank, habe an Kopfschmerzen gelitten, gemeint, seine Kameraden sprächen von kleinen Verfehlungen, die er sich in früheren Stellungen habe zu Schulden kommen lassen. Er habe gehört, dass man sagte: „Wir kriegen Dich; Dir decken wir das Hemdchen auf!“ Manches habe er auch nicht verstanden; ihm sei ins Ohr hinein telephonirt worden. Wegen der Stimmen habe er sich dann aufgehängt. Nachher habe er wieder gearbeitet, sei aber noch ängstlich gewesen, fürchtete, falsches Geld ausgegeben zu haben und deswegen ins Gefängniss zu kommen, war verwirrt im Kopf, forderte seine Frau auf, sich

mit ihm zu erschiessen, da sie ja doch im Unglück sei, wenn er ins Gefängniss komme. Er habe nicht schlafen und nicht essen können, sich immer Vorwürfe gemacht. An der Decke sah er einen Kopf, vor dem er sich anfangs fürchtete; dann sah er mit geschlossenen Augen 2 Tafeln, von denen die eine gespalten war, darauf ein Haus mit Fenstern und einen Bogen.

Alle diese Erlebnisse erzählt der Kranke mit lächelnder Miene, in gezierter Sprechweise. Ueber seine Selbstmordversuche macht er sich weiter keine Gedanken, ebenso wenig über seine Verbringung in die Anstalt. Er reicht die Hand in steifer, gespreizter Haltung, zeigt ausgeprägte Katalepsie und Echopraxie, auch in der Form der Echolalie, indem er zugerufene Worte sofort, bisweilen mit Verdrehungen, nachspricht. In der ersten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes lag er meist den ganzen Tag zu Bette, vielfach mit geschlossenen Augen und regungslos, ohne auf Anreden oder selbst Nadelstiche sich zu rühren. Wie er gelegentlich erzählte, hörte er Stimmen, die ihm alles Mögliche vorsprachen und zuriefen. Er gab mit flüsternder Stimme an, dass er oben ein blaues Herz, dahinter zitternden Sonnenschein und noch ein blaues Herz gesehen habe, „ein Weibchenherz". Auch Blitze sah er schiessen, einen Kometen mit langem Schweif; die Sonne ging an der verkehrten Seite auf.

Aus den letzten Tagen ist noch zu bemerken, dass der Kranke plötzlich ohne Anlass die Nahrung verweigert hat, so dass man zur Sondenernährung schreiten musste. Die Anregung, seiner Frau zu schreiben, lehnte er mit der Begründung ab, er habe Wichtigeres zu thun. Auch einen Besuch derselben wünschte er nicht; das sei eigentlich nicht der Mühe werth. Bei der Aufforderung, die Zunge zu zeigen, öffnete er zwar den Mund, rollte aber die Zunge mit äusserster Kraft nach hinten gegen den weichen Gaumen. Vorübergehend wurde er ganz plötzlich blind gewaltthätig gegen seine Umgebung, ohne nachher über seine Beweggründe Rechenschaft geben zu können. Von körperlichen Krankheitszeichen ist nur etwa eine grosse Lebhaftigkeit der Kniesehnenreflexe erwähnenswerth.

Es wird Ihnen nicht entgehen, dass sich in diesem Krankheitsbilde die gleichen Grundzüge der gemüthlichen Stumpfheit, des Mangels an selbständigen Willensregungen und der erhöhten

Beeinflussbarkeit des Willens wiederfinden, die uns schon bei den früher besprochenen Kranken aufgefallen sind. Aber auch so manche Einzelheiten, die Sinnestäuschungen, die sonderbare Manier beim Handgeben, stützen unsere aus der gemüthlichen Stumpfheit und aus der Befehlsautomatie abgeleitete Ansicht, dass es sich auch hier um eine Dementia praecox handelt. In dem gleichen Sinne ist endlich das sinnlose Widerstreben des Kranken gegen die Nahrungsaufnahme, gegen das Zeigen der Zunge, das Briefschreiben sowie sein zeitweise stuporöses Verhalten zu verwerthen, alles Störungen, die wir bei nächster Gelegenheit genauer zu betrachten haben werden. Wir kommen daher zu dem Schlusse, dass in der That der vorliegende Fall höchst wahrscheinlich derselben Krankheit angehört wie die beiden früher besprochenen.

Indessen dort hatten wir es mit Erkrankungen zu thun, die bereits seit einigen Jahren bestanden und zu einem Zustande unheilbaren Siechthums geführt hatten. Wie die Erfahrung lehrt, ist das der bei weitem häufigste Ausgang der Dementia praecox. Die Bedeutung unserer Diagnose würde also darin liegen, dass wir schon jetzt, im ersten Beginne des Leidens, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit den Ausgang in einen eigenartigen Schwächezustand voraussagen können, ähnlich wie wir beim circulären Stupor zu gewissen Wahrscheinlichkeitsschlüssen über den weiteren Verlauf der Krankheit gelangten. Allerdings ist unsere Vorhersage keineswegs eine ganz eindeutige. Ob die Dementia praecox einer vollständigen, dauernden Heilung fähig ist, die strengen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht, ist zur Zeit noch zweifelhaft, wenn auch nicht auszuschliessen. Dagegen kommen gar nicht selten Besserungen vor, die praktisch immerhin den Heilungen an die Seite gestellt werden können. Dabei haben die Kranken zwar eine gewisse Einbusse an geistiger und gemüthlicher Regsamkeit wie an Thatkraft erlitten, lassen auch sonst vielleicht kleine Reste der Krankheitserscheinungen erkennen, aber sie können doch vollkommen fähig sein, in einfachen Verhältnissen ihren alten Platz wieder auszufüllen. Bedenklicher ist es, dass die meisten dieser Besserungen nur zeitweilige sind, und dass derartige Kranke in grosser Gefahr schweben, auch ohne besonderen Anlass früher oder später wieder zu erkranken, um nun durch ihr Leiden in der Regel schwerer geschädigt zu werden. In unserem zweiten Falle hatten wir eine solche, freilich

nicht sehr weitgehende Besserung mit späterem Rückfalle zu verzeichnen; auch bei diesem letzten Kranken dürfen wir zwar auf ein Schwinden der jetzigen Störungen hoffen, müssen aber auch auf eine spätere schlimmere Wiederkehr derselben gefasst sein*).

IV. Vorlesung.

Katatonischer Stupor.

M. H.! Es sind absonderliche Bilder, die ich Ihnen heute vorzuführen habe. Sie sehen zunächst ein 24jähriges Dienstmädchen vor Sich, deren Züge und Körper deutlich die Spuren hochgradiger Abmagerung erkennen lassen. Trotzdem ist die Kranke in fortwährender Bewegung, indem sie immer einige Schritte vorwärts und dann wieder zurückgeht; mit den Händen flicht sie dabei an ihrem Zopfe herum, um ihn im nächsten Augenblicke wieder aufzulösen. Bei dem Versuche, sie an ihrer Bewegung zu verhindern, stossen wir auf unerwartet kräftigen Widerstand; stelle ich mich ihr mit ausgebreiteten Armen entgegen, um sie aufzuhalten, so schlüpft sie, da sie mich nicht zur Seite drängen kann, plötzlich gewandt unter meinem Arme durch, um ihren Weg fortzusetzen. Hält man sie fest, so verziehen sich ihre sonst ausdruckslosen, starren Züge zu kläglichem Weinen, das erst aufhört, sobald man sie gewähren lässt. Wir bemerken dabei, dass sie mit den letzten Fingern der linken Hand krampfhaft einen zerdrückten Brotrest umklammert hält, den sie sich durchaus nicht entreissen lässt. Um ihre Umgebung kümmert sich die Kranke, so lange man sie in Ruhe lässt, nicht im mindesten; sticht man sie mit der Nadel in die Stirne, so zuckt sie kaum zusammen, wehrt nicht ab und lässt die Nadel ruhig sitzen, ohne sich in ihrem rastlosen, raubthierartigen Hin- und Herwandern stören zu lassen. Auf

---

*) Der Kranke ist körperlich ausserordentlich erholt, aber ohne rechtes Verständniss für seine Störung nach 3monatlichem Aufenthalte aus der Klinik entlassen worden. Er befindet sich seit 8 Monaten zu Hause.

Fragen antwortet sie meist gar nicht, schüttelt höchstens den Kopf. Dagegen jammert sie bisweilen vor sich hin: „O lieber Gott, o lieber Gott, o liebe Mutter, o liebe Mutter“, einförmig immer dieselben Wendungen wiederholend. Sucht man ihre Hand zu ergreifen, so entzieht sie dieselbe sehr schnell und beginnt sie schliesslich, wenn sie nicht mehr entrinnen kann, in ihre Schürze zu wickeln. Aufforderungen befolgt sie nicht, widerstrebt vielmehr bei allem, was man mit ihr vornehmen will. Dass sie aber auffasst, was um sie her vorgeht, wird deutlich, wenn sie schnell ihre Hand versteckt, sobald man davon spricht, ihr das Brod fortzunehmen.

In diesem Zustandsbilde treten uns zwei neue Krankheitszeichen mit grosser Klarheit entgegen: die Stereotypie und der Negativismus. Die erstere, die triebartige Neigung zu zweckloser Wiederholung derselben Willensäusserungen, zeigt sich in dem unermüdlichen Hin- und Herlaufen, dem Nesteln in den Haaren, dem Festhalten des Brotrestes, den einförmigen sprachlichen Aeusserungen. Den Negativismus, das sinnlose Widerstreben gegen jede äussere Einwirkung, erkennen wir in dem „Mutacismus“, der zwangsmässigen Stummheit, sowie in der gänzlichen Unbeeinflussbarkeit der Kranken.

Auch in ihrem sonstigen Verhalten sind diese Züge vielfach in sehr eigenartiger Form hervorgetreten. Die Kranke nahm längere Zeit durchaus keine Nahrung zu sich, so dass vorübergehend zur Sondenernährung gegriffen werden musste. Sie verlangte zwar Wasser „und Kuchen dazu“, nahm es dann aber nicht, sobald es ihr gebracht wurde. Auch jetzt noch lässt sie ihr Essen zunächst stehen und beginnt erst nach einiger Zeit, dasselbe gierig herunterzuschlingen, hört aber sofort auf, wenn man ihr zuredet. Sonst isst sie doppelte und dreifache Mengen, nimmt auch wohl sehr gewandt und rücksichtslos anderen Kranken etwas fort.

Ueber die Vorgänge in ihrem Innern ist aus ihren abgerissenen Aeusserungen wenig zu erfahren. Die Kranke nennt zwar den Arzt bisweilen „Herr Doktor“ und kennt die Namen aller Wärterinnen, scheint aber sonst allerlei wahnhafte Vorstellungen zu haben, bittet, noch eine Nacht dableiben zu dürfen: „Schenken Sie mir doch noch eine Nacht vor dem vielen, vielen Feuer auf der ganzen Welt, vor dem grossen Richterstuhl, vor den vielen Menschen!“

Sie werde gequält „mit Sensen"; „lassen Sie mich doch gehen; die vielen Köpf' und die vielen Arme, wenn ich die ganze Welt tragen muss, die ganze Erde!" Ob die Kranke wirklich lebhafte Angst empfindet, lässt sich schwer entscheiden. Bedrohungen machen auf sie keinen Eindruck; hie und da verziehen sich die sonst starren Züge zu leichtem Lächeln. Von körperlichen Störungen sind erhöhte Erregbarkeit des Facialis, sehr lebhafte Kniesehnenreflexe und bläulich-rothe Verfärbung der Hände und Füsse zu bemerken.

Soweit es möglich ist, sich aus diesen Beobachtungen ein Urtheil zu bilden, scheint bei der Kranken die Auffassung verhältnissmässig wenig gestört zu sein, während verworrene Wahnvorstellungen, vielleicht auch Sinnestäuschungen bestehen. Auf gemüthlichem Gebiete ist eine gewisse Angst wohl vorhanden, die aber kaum sehr lebhaft sein dürfte, während wir im Bereiche des Handelns die Erscheinungen der Stereotypie und des Negativismus in vollster Ausbildung antreffen. Dieses Krankheitsbild, welches sich durch die zuletzt angeführten Züge vor allen bisher betrachteten auszeichnet, nennen wir katatonischen Stupor. Der Ausdruck Stupor dient also schon hier für einen Zustand, der mit dem früher geschilderten circulären Stupor nur eine ganz äusserliche Aehnlichkeit aufweist.

Als Katatonie oder „Spannungsirresein" hat vor fast 30 Jahren Kahlbaum eine Krankheit beschrieben, deren hervorstechendstes Zeichen eine Starre in den Muskeln bildete, die durch äussere Eingriffe nur noch vermehrt wurde. Die Krankheit sollte eine Reihe von verschiedenen Zustandsbildern durchlaufen und entweder in Genesung oder in Blödsinn enden. In der Hauptsache hat sich Kahlbaums lange angefochtene Schilderung als richtig erwiesen, wenn ich auch annehmen muss, dass die von ihm als Katatonie zusammengefassten Krankheitsbilder nur besondere Verlaufsformen der Dementia praecox bilden. Jedenfalls beherrschen auch in der Katatonie die Störungen auf gemüthlichem Gebiete und im Handeln den Zustand, während Auffassung und Gedächtniss verhältnissmässig wenig leiden. Sodann aber begegnen wir den katatonischen Zeichen, zu denen ausser dem Negativismus und der Stereotypie namentlich auch die bereits erwähnte Befehlsautomatie gehört, in allen Abstufungen bei den verschiedensten Formen der Dementia

praecox. Auch in den früher besprochenen Fällen waren derartige Andeutungen überall vorhanden.

Die Entwicklung der Krankheit in unserem Falle geht nur etwa 16 Wochen zurück. Die Kranke ist erblich nicht belastet, war immer still und brav. Vor einigen Monaten ging sie in den Dienst und erkrankte dort. Sie hörte auf, zu arbeiten, weinte und stöhnte viel, sass stumm da, schlief nicht mehr. Dann äusserte sie Angst, sie werde jetzt gemartert, die Mörder kämen mit der Sense; sie sang Lieder aus dem Gesangbuche, klammerte sich an ihre Mutter an, lächelte dazwischen bisweilen. Einmal sprang sie aus dem Fenster, ein anderes Mal von einem ziemlich hohen Felsen herunter, ohne sich jedoch ernstlich zu verletzen. Bei der Aufnahme in die Klinik vor 4 Wochen war sie leicht benommen, gab erst auf eindringliche Fragen, dann aber zutreffend Auskunft. Ueber Ort und Zeit war sie im klaren, bezeichnete sich selbst als geisteskrank, gab an, dass sie Stimmen gehört habe, die sie immer gescholten, zu jeder Minute gesprochen hätten; der Heiland habe sie fallen lassen. Das Erkennen von Farben und Zahlen sowie die Lösung einfacher Rechenaufgaben ging rasch von Statten; auch die Bewegungen zeigten keinerlei Behinderung, im Gegensatze zu dem Befunde bei circulärem Stupor. Die Kranke bot Echolalie und Katalepsie dar; ferner fielen grimmassirende Bewegungen der Mundmuskeln auf. Der Negativismus machte sich darin geltend, dass die Kranke das Zimmer, in das sie widerstrebend geführt worden war, auf Aufforderung nicht wieder verlassen wollte, sondern zurückwich, um sich erst dann zum Gehen zu entschliessen, als man ihr zu bleiben befahl.

Der Stupor, wie Sie ihn hier vor sich sehen, ist nur ein Abschnitt in dem Krankheitsverlaufe der Katatonie. Schon die Einleitung desselben erinnert uns ganz an diejenige der Krankheitszustände, die wir in der letzten Vorlesung besprochen haben. Ebenso kann der Ausgang ein ähnlicher sein. Bisweilen geht allerdings der Stupor unmerklich in endgültigen Blödsinn über. Die Kranken werden vielleicht wieder ein wenig zugänglicher und regsamer, aber sie bleiben doch gedankenarm, stumpf und träge, behalten auch wohl dauernd manche der in der Krankheit aufgetretenen Störungen, Sinnestäuschungen, verworrene Wahnbildungen, Stereotypien in Haltung und Benehmen, Negativismus,

Befehlsautomatie. Der Stupor kann jedoch auch den Uebergang zu ganz andersartigen Zuständen bilden, oder er kann schwinden, um später wiederzukehren*).

Der nächste Kranke, den ich Ihnen heute zeigen will, ein 26jähriger Kaufmann, kommt unter Führung mit geschlossenen Augen, hängendem Kopfe und schlürfenden Schritten ins Zimmer, wo er auf einem Stuhle schlaff zusammensinkt. Die bleichen, ausdruckslosen Züge beleben sich nicht auf Anreden; der Kranke antwortet nicht auf Fragen und befolgt keine Aufforderungen. Sticht man mit der Nadel in die Stirn, in die Nase oder berührt man die Cornea, so erfolgt höchstens ein leichtes Blinzeln oder Erröthen ohne Abwehrbewegung. Dazwischen aber bricht der Kranke ganz unvermuthet in ein leises Lachen aus. Hebt man seinen Arm in die Höhe, so fällt er schlaff herab und bleibt in der Stellung liegen, die er dabei zufällig erhält. Auf längeres Zureden öffnet der Kranke endlich die Augen, giebt jetzt auch die Hand, indem er sie mit steifer, eckiger Bewegung ruckweise vorschiebt und in dieser Stellung verharrt. Biegt man ihm den Kopf zurück, so bleibt er in dieser unbequemen Lage, reckt dabei auch das von mir emporgehobene Bein steif in die Luft. Nach und nach gelingt es, noch andere Zeichen der Befehlsautomatie hervorzurufen. Der Kranke hebt die Arme, wenn man es ihm vormacht, ahmt stossende und drehende Bewegungen, Umeinanderwirbeln der Fäuste mit grosser Genauigkeit und Schnelligkeit nach. Dagegen spricht er kein Wort, kneift die Lippen zusammen, als er die Zunge zeigen soll, ist nicht zum Schreiben zu bewegen, bleibt, abgesehen von wiederholtem plötzlichem Grinsen, völlig stumm, spricht aber einige ihm laut zugerufene Wörter mit geschlossenem Munde nach. Die Aufforderung, nun wieder zu gehen, befolgt er sofort.

Auch bei diesem Kranken fällt vor allem die eigenthümliche Willensstörung ins Auge, die ein Gemisch von Befehlsautomatie und Negativismus bildet. In ganz unberechenbarer Weise lässt sich der Kranke einerseits willenlos beeinflussen, während er auf

*) Die Kranke hat nach 10monatlichem Anstaltsaufenthalte in ihre Familie zurückkehren können. Sie war körperlich blühend und arbeitsfähig, aber gedankenarm, verständnisslos, stumpf und wenig zugänglich, zeigte noch manierirte Bewegungen.

der anderen Seite wieder die natürlichen oder von aussen eingeleiteten Willensregungen unterdrückt. Am schönsten kommt dieser Gegensatz beim Nachsprechen mit geschlossenem Munde zum Vorschein. Der Kranke öffnet schon seit längerer Zeit in Folge seines Negativismus den Mund nicht mehr zum Sprechen, aber er kann doch dem Antriebe zur Nachahmung des Vorgesprochenen nicht ganz widerstehen. Wir erkennen daraus deutlich, dass Negativismus und Befehlsautomatie wohl psychologische, nicht aber klinische Gegensätze sind. Vielmehr kommen beide Störungen nicht nur bei demselben Kranken zur gleichen Zeit vor, sondern sie gehen auch ungemein leicht in einander über, so dass man nie ganz sicher ist, ob man im gegebenen Augenblicke die eine oder die andere bei einem Kranken vorfinden wird. Bisweilen kann man auch durch allerlei suggestive Hülfsmittel die eine unmittelbar in die andere überführen.

Wie es scheint, sind beide nur ein Ausdruck dafür, dass die Herrschaft der zielbewussten Ueberlegung über die Willensregungen verloren gegangen ist, so dass nun Antriebe und Gegenantriebe inneren oder äusseren Ursprunges regellos das Handeln bestimmen. So wenigstens würde man es einigermassen verstehen, dass die Kranken, auch wenn ihre Ueberlegung an sich nicht gestört ist, einmal willenlos jeder Anregung folgen, die an sie herantritt, um sie dann wieder dauernd auf das hartnäckigste mit dem Gegenantriebe zu beantworten oder irgend eine unsinnige Handlung ungezählte Male zu wiederholen, in allen diesen Fällen ohne jede Rücksicht auf das eigene Wohl und Wehe. Es ist klar, dass ein solcher Verlust des Zusammenhanges zwischen Denken und Handeln, der vielleicht auf der tiefgreifenden Zerstörung des Gefühlslebens beruht, dem Handeln ganz jene innere Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit rauben muss, die wir als den Ausfluss der gesunden geistigen Persönlichkeit betrachten. Dadurch erhält das Treiben und Benehmen der Kranken auch schon bei den leichteren Formen der Dementia praecox seine verblüffende Sprunghaftigkeit und Unbegreiflichkeit.

Irgend eine bestimmte Färbung der Stimmung ist bei unserem Kranken nicht zu bemerken. Vielmehr ist er gemüthlich vollkommen stumpf, zeigt keinen Antheil an den Vorgängen in seiner Umgebung, auch nicht an den Besuchen seiner nächsten Angehörigen, bei denen er keine Miene verzieht und kein Wort spricht;

er hegt keine Wünsche und macht sich keine Sorgen. Dabei ist er, wie sich aus gelegentlichen Aeusserungen erkennen lässt, über seine Lage im klaren, kennt die Personen seiner Umgebung und fasst auf, was man ihm sagt. Wir finden also auch hier dieselbe Gruppirung von Störungen wieder, wie wir sie bei den bis dahin erörterten Fällen von Dementia praecox feststellen konnten.

Dieser Auffassung entspricht endlich auch die Vorgeschichte des Kranken. Sein Vater soll vorübergehend geisteskrank gewesen sein und konnte deswegen sein Studium nicht zu Ende führen. Der Kranke selbst lernte schwer, nachdem er in der Jugend einen Typhus überstanden hatte, war leicht erregbar, ängstlich, zu hypochondrischen Grübeleien geneigt. Er erkrankte vor einem halben Jahre. Im Anschlusse an Meinungsverschiedenheiten über Heirathspläne wurde er ängstlich, glaubte sich überall verhöhnt, fürchtete, mit dem Staatsanwalt in Berührung zu kommen, und sprang endlich, da er sein Leben für bedroht hielt, Nachts im Hemde zum Fenster hinaus, wobei er sich einen Bruch des Fersenbeins zuzog. Schon bei der Aufnahme war der Kranke ziemlich stumpf, erklärte sich gern bereit, in der Klinik zu bleiben, obgleich er nicht geisteskrank sei, wohl aber an Wahnideen leide. Er habe gemeint, er solle ermordet werden; alles sei ihm so verändert vorgekommen. Stimmen sprächen mit ihm über alle möglichen Familienangelegenheiten. Katalepsie, Echolalie und Echopraxie waren sehr deutlich. Körperliche Störungen liessen sich ausser einer alten Hautnarbe am Kopfe und dem neu gebildeten Callus am Fusse nicht nachweisen.

Im weiteren Verlaufe trat sowohl die Urtheilslosigkeit wie die gemüthliche Stumpfheit des Kranken immer deutlicher hervor. Er meinte, das Fleisch, das man ihm vorsetze, sei Menschenfleisch; in den Zeitungen gehe alles auf ihn; die Ermordung der Kaiserin von Oesterreich, die Friedensconferenz stünden mit ihm im Zusammenhange; die Mutter wolle ihn ermorden; er sei der schlechteste Mensch, den es gebe. Den Arzt bezeichnete er als den Deutschen Kaiser, der sich den Bart gefärbt habe, einen anderen Herrn als Christus, alles in ganz gleichgültigem Tone, ohne eine Spur von Gemüthsbewegung. Bisweilen sprach er sinnlose Reimereien vor sich hin, „hem, bem, kem, dem, schem, rem", oder er wiederholte viele Male dieselben unverständlichen Sätze: „Einer für alle und alle für einen, und 2 für alle und 3 für alle, hier und da und

dort, überall und Allmacht und Allmacht und Allmacht" u. s. w. Nach und nach wurde er immer stiller, hörte ganz auf, zu sprechen und zu essen, verkroch sich unter die Bettdecke, nahm äusserst unbequeme Stellungen ein und liess den Speichel aus dem Munde fliessen; erst in der letzten Zeit ist er wieder etwas regsamer geworden.

Eine ganze Reihe der uns schon bekannten Störungen kehren hier wieder, die Sinnestäuschungen, die abenteuerlichen Wahnbildungen, die Stummheit, die Nahrungsverweigerung, die faseligen Reden mit Wortspielereien und stereotypen Wiederholungen. Durch andere, wie das Verstecken, die absonderlichen Stellungen, das Speicheln, die ebenfalls bei der Dementia praecox häufig sind, wird das Bild des katatonischen Stupors noch weiter vervollständigt. Ueber den ferneren Verlauf des Falles gilt dasselbe wie bei der ersten Kranken; wahrscheinlich werden sich die jetzt so ausgeprägten Störungen allmählich wieder verlieren. Dagegen dürfte ein mehr oder weniger hoher Grad von Schwachsinn zurückbleiben*).

Vielleicht ist die 28jährige Frau, die ich Ihnen nunmehr zeige, geeignet, Ihnen einen Begriff von der weiteren Entwicklung derartiger Fälle zu geben. Die Kranke ist erblich nicht belastet, heirathete vor 7 Jahren und hat 4mal geboren. Schon im ersten Wochenbette traten Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und traurige Verstimmung auf, verschwanden aber nach einigen Monaten wieder. Auch nach den folgenden Entbindungen wurden ähnliche leichtere Störungen beobachtet. Eine neuerliche Verschlimmerung zeigte sich nach dem letzten Wochenbett. Die Kranke hörte auf, zu arbeiten, äusserte Verfolgungsideen, man wolle sie umbringen, mit dem Essen vergiften. Sie wurde theilnahmlos, launisch, widerstrebend, kam körperlich sehr herunter, ass wenig. Dabei blieb sie vollkommen besonnen, verstand, was man ihr sagte.

Bei der Aufnahme, 9 Monate nach der letzten Entbindung, war die Kranke wenig zugänglich, unzufrieden, verdriesslich, drängte sofort wieder nach Hause, gab keine Auskunft über ihren Zustand, da sie nicht krank sei und arbeiten könne, kümmerte sich nicht um ihre

*) Der Kranke ist etwas gebessert, aber faselig und blöde, mit einer Gewichtszunahme von 24 Kilogramm, in Familienpflege übernommen worden.

Umgebung, beschäftigte sich nicht. Aus gelegentlichen Aeusserungen wie aus ihren Briefen, die in endloser Wiederkehr nur die Bitte um Abholung enthielten, liess sich entnehmen, dass sie über ihren Aufenthaltsort im klaren war; auch löste sie einfache Rechenaufgaben zwar langsam, aber richtig. Eine Prüfung ihrer Kenntnisse und ihres Gedächtnisses war unmöglich, da sie Fragen in dieser Richtung nicht beantwortete. Jedenfalls bestand eine ausserordentliche Gedankenarmuth. Wahnvorstellungen traten nicht hervor, ausser etwa einzelnen Klagen, dass sie sich wie verkauft vorkomme, dass die Leute böse gegen sie seien; auch Sinnestäuschungen waren nicht nachzuweisen. Auf gemüthlichem Gebiete war ausser einem gereizten, nörgelnden Wesen völlige Verödung erkennbar. Die Kranke sass theilnahmlos und stumpf da, liess weder bei der Weihnachtsfeier noch bei Besuchen irgend welche Gemüthsbewegung erkennen, sprach dabei kein Wort, während sie allerdings die mitgebrachten Süssigkeiten gierig verschlang. Allen Versuchen, mit ihr Beziehungen zu gewinnen, setzte sie hartnäckigen Widerstand entgegen. Sie blieb fast immer stumm, verweigerte häufig die Nahrung, wollte sich Abends nicht ins Bett legen, wies die Arbeit zurück, nahm keine Arznei, verunreinigte sich öfters, nachdem sie eben auf den Nachtstuhl geführt worden war, musste zu allem gedrängt und geschoben werden.

Wie Sie sehen, sitzt die Kranke jetzt mit gesenktem Kopfe und in gekrümmter Haltung da. Auf Anreden blickt sie nicht auf, wirft aber hie und da einen verstohlenen Blick auf die Umgebung, wenn etwas Auffallendes vorgeht. Sie giebt nicht die Hand; will man dieselbe ergreifen, so fühlt man, wie der Arm starr wird. Biegt man den Kopf in die Höhe, so schnellt er sofort wieder nach vorn; versucht man, ihn zu beugen oder seitlich zu neigen, so federt er nach der entgegengesetzten Richtung. Legt man jedoch ein Bein auf einen Stuhl, so lässt es die Kranke in dieser unbequemen Stellung liegen, ein Zeichen dafür, dass auch hier neben dem Negativismus noch Andeutungen von Katalepsie bestehen, die sich auch sonst gelegentlich haben nachweisen lassen. Die Gesichtszüge sind starr, maskenartig; die Lippen sind leicht rüsselförmig vorgestreckt, ein Zeichen, das Kahlbaum als „Schnauzkrampf" bezeichnet hat. Zuweilen sieht man auch leichte Zuckungen um den Mund herum. Auf wiederholte kräftige Aufforderung, auf-

zustehen, beginnt sich die Kranke langsam und ruckweise zu erheben, um sich dann plötzlich wieder zu setzen. Man sieht hier und bei zahllosen anderen Gelegenheiten deutlich, wie der ursprüngliche Antrieb nachträglich durch einen Gegenantrieb durchkreuzt wird. Zum Schreiben an der Tafel ist die Kranke nicht zu bewegen. Bemerkenswerth sind endlich noch die lebhafte Steigerung der Kniesehnenreflexe, die mechanische Erregbarkeit des Facialis, starke idiomusculäre Wülste beim Beklopfen der Muskeln, das etwas gedunsene Gesicht und die ungemein elende Herzthätigkeit.

Die Diagnose der Katatonie kann Angesichts des vorliegenden Befundes nicht zweifelhaft sein. Wahrscheinlich handelt es sich bereits um einen Endzustand, um eine Verblödung, die schwerlich noch einer weitergehenden Besserung fähig ist*). Dafür sprechen wenigstens die deutlichen Zeichen einer weit vorgeschrittenen geistigen Schwäche. Auch die lange Dauer der Krankheit weist uns darauf hin, dass wir es nicht mehr mit einem frischen, noch im Flusse befindlichen Krankheitsvorgange zu thun haben. Es scheint freilich, als ob bisher nach den einzelnen Schüben der Krankheit jedesmal wieder eine gewisse Besserung eingetreten ist; im ganzen dürfte aber doch ein allmählicher Fortschritt des Leidens stattgefunden haben. Sehr wichtig ist endlich die Erfahrung, dass immer das Wochenbett ungünstig gewirkt hat. Das entspricht vollkommen unseren sonstigen Beobachtungen, die uns gar nicht selten einen Anschluss der Krankheit an das Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe zeigen. Wahrscheinlich spielen dabei die gewaltigen Umwälzungen im Haushalte des Körpers eine bedeutsame ursächliche Rolle.

V. Vorlesung.

Paralytische Depressionszustände.

M. H.! Dass der 40jährige Mann, den ich Ihnen heute vorführe, an einem Depressionszustande leidet, werden Sie auf den

*) Die Kranke befand sich 5 Jahre lang ganz verblödet in einer Pflegeanstalt, stumm, negativistisch, manierirt, zeitweise erregt, ist phthisisch gestorben.

ersten Blick erkennen. Der hagere, sehr bleiche und schlecht genährte Kranke sitzt in schlaffer Haltung da und blickt mit finsterer, verdrossener Miene vor sich hin, ohne uns sonderlich zu beachten. Auf Anreden wendet er kaum den Kopf, giebt aber, wenn auch mit leiser Stimme und sehr wortkarg, Auskunft. Er nennt uns sein Alter, theilt mit, dass er Reisender war, verheirathet ist und zwei Kinder hat; eines ist an Gichtern gestorben. Er ist viel herumgekommen, war zuletzt in Basel auf der Reise; da stand aber nur noch der Bahnhof und der Portier. An weiteres könne er sich nicht mehr erinnern. Auf Befragen entwickelt er ganz gute geschichtliche und geographische Kenntnisse, rechnet auch leidlich, bemerkt aber plötzlich dazwischen: „Ich kann mir gar nicht erklären, wo die ganze Welt hingekommen ist, die 5 Erdtheile.“ Er habe doch von allen Städten früher etwas gewusst; jetzt sei aber gar nichts mehr davon da. Von seiner Ehe meint er, das sei kein Verhältniss gewesen, kein Mann und keine Frau; die Kinder seien lauter Wahngebilde; „das hat keinen Platz in meinem Gehirn“. An ihm selbst sei nicht mehr, „als dieses elende Knochengerüst“. Die Irrenklinik und die Leute hier seien der einzige Rest von der ganzen Welt; „die ganze Herrlichkeit war mit einem Schlage aus“; das sei durch ihn geschehen. Alle diese Dinge bringt er mit müdem Tone und ohne gemüthliche Erregung vor, giebt nicht zu, dass es krankhafte Vorstellungen seien. Die Aerzte kennt er; er sei jedoch nicht krank.

Nach unseren bisherigen Ausführungen werden wir den hier vorliegenden Depressionszustand nicht für einen melancholischen halten können. Dagegen spricht ausser dem verhältnissmässig jugendlichen Lebensalter des Kranken namentlich die Gleichgültigkeit, mit der er die abenteuerlichsten Dinge vorbringt, ein Zeichen, das immer auf einen gewissen Grad von Urtheilsschwäche hindeutet. Aber auch dem manisch-depressiven Irresein kann der Zustand schwerlich angehören, ebenfalls wegen des Mangels tieferer gemüthlicher Ergriffenheit. Zudem fehlen alle Anzeichen einer Willenshemmung; der Kranke spricht zwar wenig und leise, aber offenbar deswegen, weil er gar nicht das Bedürfniss fühlt, sich mitzutheilen, nicht weil er ausser Stande wäre, entgegenstehende Hindernisse zu überwinden. Dagegen werden wir durch die schlaffe Art, wie der Kranke die unsinnigsten Wahnideen vorbringt, sehr an die Fälle

von Dementia praecox erinnert. Indessen vermögen wir bei unserem Kranken keine jener merkwürdigen Willensstörungen aufzufinden, die dem Bilde der Dementia praecox meist ein so eigenartiges Gepräge verleihen. Der Kranke zeigt weder Befehlsautomatie noch Negativismus noch Stereotypie; er grimmassirt nicht und bietet zwar langsame und wenig kräftige, aber natürliche und ungezwungene Bewegungen dar. Da jedoch nicht alle jene Zeichen bei der Dementia praecox vorhanden sein müssen, wäre es schwer, die richtige Abgrenzung zu finden, wenn nicht die körperliche Untersuchung des Kranken uns volle Aufklärung brächte. Wir bemerken nämlich, dass nicht nur die rechte Pupille bedeutend weiter ist, als die linke, sondern dass beide vollkommen lichtstarr sind, während die Convergenzreaction erhalten ist. Der rechte Facialis ist paretisch, die Nasenlippenfalte verstrichen. Die Zunge wird in zitternden Stössen vorgestreckt; die Kniesehnenreflexe sind beiderseits sehr lebhaft. Die Berührungsempfindlichkeit ist nicht gestört; dagegen empfindet der Kranke keinen Schmerz, wenn man bei abgelenkter Aufmerksamkeit eine Nadel durch eine Hautfalte hindurchsticht. Der Gang ist etwas unsicher; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein.

Der Nachweis derartiger körperlicher Störungen lehrt uns mit voller Bestimmtheit, dass der vorliegende geistige Schwächezustand durch diejenige Krankheit bedingt wird, die wir als Dementia paralytica, fortschreitende Hirnlähmung, progressive Paralyse zu bezeichnen pflegen. Diese Krankheit erzeugt einerseits einen eigenartigen, bis zu den höchsten Graden fortschreitenden Blödsinn, andererseits eine Reihe grober Hirn- und Rückenmarksstörungen, von denen wir einen Theil soeben bei unserem Kranken bereits aufgefunden haben. Als besonders wichtig dürfen die reflectorische Pupillenstarre, die Hypalgesie, die Veränderungen an den Kniereflexen gelten; dazu kommen noch gewisse, hier zunächst nicht nachweisbare Störungen der Sprache und Schrift sowie sogenannte paralytische Anfälle, endlich gegen das Ende des Leidens Lähmungen und Contracturen der verschiedensten Körpermuskeln. Etwas seltener sind Augenmuskellähmungen, Sehnervenatrophie, Aphasie und so manche andere Folgen der ausgebreiteten Zerstörungen in Hirn und Rückenmark. Die Krankheit entwickelt sich wahr-

scheinlich immer nach einer syphilitischen Ansteckung, meist allerdings erst 10—20 Jahre später. Jedenfalls muss es nach unseren heutigen Erfahrungen fraglich erscheinen, ob die Fälle ohne voraufgegangene Syphilis mit der Hauptmasse der Beobachtungen wesensgleich sind.

Auch bei unserem Kranken hat eine solche Ansteckung vor 12—14 Jahren stattgefunden; er ist damals wegen eines Ausschlags und wegen einer Erkrankung im Munde mit grauer Salbe und Jodkalium behandelt worden. Vor 4 Jahren litt der Kranke vorübergehend an Doppeltsehen, das dann verschwand, aber vor einem Jahre wiederkehrte. Seit 2 Jahren war er reizbarer geworden; im letzten halben Jahre fiel eine Abnahme des Gedächtnisses, besonders für die jüngste Zeit, auf; der Schlaf wurde schlecht. Der eigentliche Ausbruch des Leidens erfolgte auf der Reise, wo der Kranke schliesslich wegen absonderlichen Benehmens in Haft genommen wurde. Zu Hause äusserte er Versündigungsideen, er habe falsche Buchungen vorgenommen, werde eingesperrt, ziehe seine Freunde mit ins Verderben. In der Klinik bot er damals, vor etwa einem Jahre, so ziemlich das gleiche Bild dar wie jetzt. Er wollte nicht essen, weil alles zu viel koste, meinte, er sei nicht krank, wollte nach Hause. Es fiel auf, dass er sein Geburtsjahr bald richtig, bald falsch angab. Von körperlichen Störungen wurde ausser den schon erwähnten Zeichen Blasenschwäche bemerkt. Nach 4 Monaten wurde der Kranke probeweise entlassen, fing auch zu Hause wieder an, sich zu beschäftigen, erzählte aber sehr bald, ihm sei bei uns das Hirn mit dem Besen herausgekehrt und ein Trichter eingesetzt worden. Da er zugleich erregt und drohend gegen seine Frau wurde, musste man ihn schon nach 14 Tagen wieder in die Klinik zurückbringen.

Die progressive Paralyse führt, soviel wir wissen, im Laufe einer kurzen Reihe von Jahren regelmässig zum Tode. Hie und da kann das 8—10 Jahre, auch wohl einmal noch länger dauern; meist jedoch ist das Ende nach 4—5 Jahren erreicht, oft auch schon viel früher. Aus dieser Erfahrung geht die ausserordentliche Wichtigkeit einer richtigen und rechtzeitigen Erkennung der Krankheit hervor. Mit der Diagnose haben wir, den Forderungen der klinischen Betrachtung entsprechend, zugleich ein sicheres Urtheil über den weiteren Verlauf und den Ausgang des Krankheits-

falles gewonnen. Auch unser Kranker wird in absehbarer Zeit an seinem Leiden zu Grunde gehen*).

Der zweite Kranke, den ich Ihnen heute zeigen möchte, ist ein 38jähriger Schlosser. Der Kranke fasst ziemlich schwer auf, giebt aber bereitwillig Auskunft über seine Verhältnisse. Eine Schwester ist an einem „Geschwür im Kopfe“ gestorben. Er selbst hat früher viel getrunken, vor 10 Jahren geheirathet, besitzt 3 gesunde Kinder. Seit $^3/_4$ Jahren merkte er, dass sein Gedächtniss abnahm. Er konnte nicht mehr ordentlich arbeiten, sah schlechter, war reizbar, schlief mangelhaft. Die Sprache wurde schwerfällig; manche Tage versagte sie ganz. Der Kopf that ihm weh; das Laufen wurde schlechter; die Stimmung war niedergeschlagen. Schon bei diesen Erzählungen fällt auf, dass der Kranke in den Zeitangaben sehr unsicher ist, Zeitbeziehungen nicht schnell zu überblicken und auszurechnen vermag und selbst gröbere Widersprüche auf diesem Gebiete nicht bemerkt. Auch bei einfachen Rechenaufgaben laufen starke Fehler mit unter; oft bleibt er die Antwort ganz schuldig. Dagegen sind seine sonstigen Schulkenntnisse seinem Bildungsgrade angemessen. Ueber seinen Zustand macht er sehr merkwürdige Angaben. Indem er an seinem Halse herumgreift, behauptet er, der Hals wachse ihm zu; der Gurgelknopf sei fest geworden; die Geschlechtstheile seien verfault, der Stuhlgang seit Wochen ausgeblieben. „Ich gehör' umgebracht; ich hab' gelogen, fertig, Amen! Legt mich ins Grab, telegraphirt heim, sie sollen kommen. Ich hab' mich versündigt; alles ist faul“. Er müsse sterben, so viel spucken; das Essen komme nicht in den Magen; er habe Millionen im Magen. Alle diese Angaben werden in eigenthümlich singendem Tone gemacht, ohne irgend erkennbare gemüthliche Erregung.

Dass bei diesem Kranken ein erheblicher Grad von Verblödung vorliegt, wird aus seiner gemüthlichen Stumpfheit wie aus der Unsinnigkeit seiner Wahnvorstellungen im Zusammenhalte mit seiner sonstigen Besonnenheit ersichtlich. Von den uns bisher bekannten Krankheiten würden somit zunächst die Dementia praecox wie die Paralyse hier in Frage kommen. Wir werden uns jedoch mehr für die letztere Möglichkeit entscheiden, wenn

*) Der Kranke ist nach nicht ganz 4jähriger Dauer der Paralyse gestorben.

wir die von dem Kranken selbst bemerkte und auch in seinen Zeitangaben deutlich erkennbare Gedächtnissstörung berücksichtigen. Den Ausschlag aber giebt die körperliche Untersuchung. Schon bei den Erzählungen des Kranken ist neben der Eintönigkeit der Stimmlage, wie wir sie nicht selten bei Paralytikern beobachten, die Undeutlichkeit und Schwerfälligkeit der Aussprache aufgefallen. Der Kranke kaut gewissermassen die Worte, ohne die einzelnen Buchstaben klar herauszubringen. Diese „lallende" Sprache ist neben anderen Formen der Sprachstörung ebenfalls eine gewöhnliche Begleiterscheinung der fortschreitenden Hirnlähmung. Auch die Schrift des Kranken ist unsicher, fahrig; namentlich die langen Linien zeigen keine glatte Führung mehr, sondern kleine unregelmässige Verbiegungen. Die Pupillen sind gleich, sehr eng, reagiren nur sehr langsam und unvollkommen auf Lichteinfall und Convergenz. Beim Nachsprechen schwieriger Worte gerathen die Gesichtsmuskeln in zuckende Mitbewegungen. Die Zunge zittert beim Vorstrecken stark; die linke Nasenlippenfalte ist verstrichen. Unversehens beigebrachte Nadelstiche werden von dem Kranken nicht schmerzhaft empfunden. Die Kniesehnenreflexe sind nicht auszulösen; beim Stehen mit geschlossenen Augen entsteht starkes Schwanken.

Nach diesem Befunde, aus dem besonders die Sprachstörung, die fast völlige Aufhebung der Lichtreaction der Pupillen und das Fehlen der Kniereflexe wichtig sind, kann das Vorliegen einer progressiven Paralyse nicht bezweifelt werden. Dazu kommt, dass auch eine Blasenstörung in Form von Harnverhaltung wiederholt bei dem Kranken beobachtet wurde. Ueber die Entwicklung des Leidens haben wir von der Frau erfahren, dass der fleissige und nüchterne Kranke schon seit $1^1/_2$ Jahren sehr zurückgezogen lebte, sich viele Gedanken machte, schwerfällig im Denken wurde und leicht vergass. Seit 4—5 Monaten meinte er, dass sein Hals zuwachse, wurde sehr traurig, ass nur auf starkes Zureden und sprach fast gar nicht mehr. Aus der Beobachtung in der Klinik ist nachzutragen, dass er zeitweise sehr erregt war, viel aus dem Bette ging, sich im Hemde auf den Boden setzte, widerstrebte, auch ganze Nächte lang mit tiefer, eintöniger Stimme unsinnige, rhythmische Reden führte, wie: „Grüner Raser, grober Raser, bunter Kater, grober Aber, ewiger Raben, Raben haben, rother Kater, Bummel-

raber, gelber Kater, der Rosen graben“ u. s. f. Gerade derartiges Silbengeklingel, wie es bei katatonischen Kranken vorkommt, könnte beim Fehlen von körperlichen Störungen die Abgrenzung des Zustandes von der Dementia praecox sehr erschweren. Dasselbe gilt von dem ganz unvermittelten Wechsel zwischen völliger Nahrungsverweigerung und gierigem Essen, den wir bei dem Kranken mehrfach beobachten konnten. Die Wahnvorstellungen bewegten sich meist in dem schon angedeuteten Sinne. Er sei ein kleiner Bube, nur „so gross“, wiege nur 12 Pfund, habe eine chronische Krisis im Magen. Vorübergehend trat aber auch heitere Stimmung mit unsinnigen Grössenideen hervor, in der er sich ganz gesund fühlte und einen Besuch bei seiner Schwester machen wollte. Ein Entlassungsversuch misslang, da der Kranke zu Hause nackt auf die Strasse lief*).

Auch bei diesem Kranken war, und zwar vor 13—14 Jahren, eine syphilitische Ansteckung vorausgegangen, wegen deren er eine Schmiercur durchgemacht hat. Dieser Umstand hätte uns vielleicht dazu veranlassen können, von neuem eine Schmiercur einzuleiten, wie das im vorigen Falle von dem behandelnden Arzte auch wirklich geschehen ist. Leider indessen sind die Erfahrungen der Irrenärzte auf diesem Gebiete äusserst trübe. Da die paralytischen Störungen auch ohne jeden Eingriff oder durch einfache Ruhe und Bettbehandlung sehr gewöhnlich Besserungen erfahren, die unter Umständen sehr weit gehen können, ist es natürlich recht schwierig, über die Wirksamkeit einer bestimmten Cur ein klares Urtheil zu gewinnen. Darum sind auch vielfach Fälle mitgetheilt worden, in denen der Syphilisbehandlung eine günstige Wirkung zugeschrieben worden ist. Nach meiner eigenen Erfahrung muss ich den Nutzen der Schmiercur bei unseren Kranken für sehr zweifelhaft halten; dagegen habe ich im Anschlusse an jene Massregel so häufig raschen Verfall der Kräfte bei Paralytikern gesehen, dass ich nicht mehr den Muth finde, die Cur zu empfehlen. Will man sein Gewissen beruhigen, so möge man sich auf die Darreichung von Jodkalium beschränken, das wenigstens unschädlich ist. Nur in denjenigen, nicht allzu häufigen Fällen, in denen noch luetische Krankheitserscheinungen vorhanden sind, wird vielleicht

*) Der Kranke ist wenige Monate später in einer Pflegeanstalt gestorben.

auch die Schmiercur am Platze sein. Die Unwirksamkeit der Syphilisbehandlung bei der Paralyse ist einer der wichtigsten Gründe gegen die Annahme, dass jene Krankheit einfach als Erscheinungsform der Syphilis aufzufassen sei. Welcher Art der unbezweifelte innere Zusammenhang in Wirklichkeit ist, erscheint zur Zeit noch nicht genügend aufgeklärt; bisher spricht alles dafür, dass die Paralyse zwar keine syphilitische Erkrankung, wohl aber eine Nachkrankheit der Syphilis, eine „Metasyphilis" ist, wie es Möbius ausgedrückt hat.



Den Beginn der Paralyse bildet, wie in den besprochenen Fällen, ungemein häufig ein Depressionszustand, der entweder später in andersartige Bilder übergehen oder während des ganzen Krankheitsverlaufes fortbestehen kann. Es ist daher von grösster Wichtigkeit, die Eigenthümlichkeiten dieser Depressionszustände genau zu beachten, damit man später nicht durch den ungünstigen Ausgang überrascht wird. Viele Paralytiker werden im Beginne ihres Leidens für melancholisch oder auch nur für neurasthenisch, hypochondrisch gehalten, namentlich, wenn die körperlichen Zeichen der Krankheit noch wenig entwickelt sind. Als Regel darf zunächst die allgemeine Erfahrung gelten, dass die Neurasthenie bei sonst gesunden Menschen nicht ohne bestimmte, greifbare Ursache aufzutreten und dass sie beim Ausruhen verhältnissmässig rasch wieder zu verschwinden pflegt. Sodann aber ist von grösster Bedeutung der Umstand, dass Paralytiker die wirklichen Störungen, ihre Gedächtnissschwäche, ihre Reizbarkeit, ihre gemüthliche Stumpfheit, den Verlust ihrer Arbeitskraft, nur mangelhaft aufzufassen pflegen, statt dessen aber vielleicht alle möglichen absonderlichen Beschwerden vorbringen. Dagegen vermögen wir bei den Neurasthenikern meist nur wenige oder geringfügige Störungen wirklich nachzuweisen, obgleich sie von den Kranken selbst sehr peinlich empfunden werden. Besonders deutlich tritt das meist in dem Verhalten des Gedächtnisses hervor. Während der Paralytiker kleine Widersprüche und Unsicherheiten vielleicht gar nicht bemerkt und überrascht ist, wenn man ihn darauf hinweist, hört man den Neurastheniker über sein stets versagendes Gedächtniss klagen, ohne dass mehr, als etwa die Unfähigkeit zur Einprägung von Namen oder Zahlen hervortritt, wie sie schon in der Gesundheitsbreite häufig genug angetroffen wird.

Recht schwierig kann es werden, die Abgrenzung solcher paralytischen Krankheitsbilder von der Melancholie oder einem circulären Depressionszustande durchzuführen. Sie sehen hier einen 46 Jahre alten, verheiratheten Beamten vor sich, der vor $^1/_2$ Jahre ziemlich plötzlich erkrankte, als er bei einer Veruntreuung Seitens eines Mitbeamten als Zeuge vernommen wurde. Im Anschlusse an diese gemüthliche Erschütterung wurde der Mann ängstlich, misstrauisch, reizbar, fürchtete, er werde verhaftet, hörte Gensdarmen kommen, meinte, sie seien Nachts im Zimmer gewesen, und äusserte Selbstmordgedanken. Zugleich wurde er in seinen Arbeiten unordentlich und vergesslich. Bei der Aufnahme in die Klinik war er besonnen, klar über seine Lage, zeigte lebhaftes Krankheitsgefühl ohne Verständniss für die Krankheitserscheinungen. Seine Schulkenntnisse erwiesen sich als lückenhaft, obgleich er noch leidlich rechnete; die Erinnerung an die letzten Ereignisse war sehr unzuverlässig, namentlich hinsichtlich der Zeitfolge. Es bestand lebhafte Angst; der Kranke hatte sich in seiner Unruhe die Daumen zerpflückt und zeigte eine gewisse zittrige Geschäftigkeit. Sehr bald entwickelten sich ausgeprägte Wahnbildungen. Alles kam ihm verwechselt, verändert vor; es werde Zauberei getrieben, seltsame Zeichensprache angewendet, so gemacht, als ob er weiss Gott was angestellt habe. Er werde vergiftet, wie ein Verbrecher behandelt, verachtet, beraubt. Die Tage kamen ihm anders vor; „kaum ist es Tag, so wird es schon wieder Nacht, und dann wieder so bald Tag". Die Wärter sprächen über seine Frau, sie habe Hunger, trage einen anderen Namen; Stimmen sagten, er habe Ricinusöl genommen, riefen ihm zu: „Du, das ist der blinde Hess." Hie und da traten Andeutungen von Selbstüberschätzungsideen hervor; er habe ein nicht unbedeutendes Vermögen daheim. Die Nahrungsaufnahme war sehr schlecht und stiess vielfach auf starkes Widerstreben; auch der Schlaf war äusserst mangelhaft.

In Folge dessen ist der zart gebaute Kranke in seinem Körperzustande ziemlich heruntergekommen. Sein Haar ist stark ergraut; seine Züge sind faltig und eingefallen, so dass er bei seiner schlaffen Haltung einen vorzeitig gealterten Eindruck macht. Er kennt seine Umgebung, weiss aber nicht genau, wie lange er schon hier ist, was er in der letzten Zeit erlebt hat, verwechselt die Tage. Seine trüben Wahnvorstellungen bringt er ohne tiefere ge-

müthliche Erregung vor, macht sich auch über seine Zukunft keine sonderlichen Gedanken. Dagegen wird er sehr ängstlich und widerstrebend, sobald man irgend etwas mit ihm vornehmen will. Bei der körperlichen Untersuchung stellt er sich ungeschickt an, führt alle Bewegungen, das Vorstrecken der Zunge, Schliessen der Augen, mit krampfhafter Anstrengung und unter Anspannung zahlreicher Hülfsmuskeln aus. Wir stellen dabei eine leichte rechtsseitige Ptosis, fast völligen Schwund der Lichtreaction beider Pupillen und starke Erhöhung der Kniesehnenreflexe fest, ferner leichtes Zittern der gespreizten Finger und geringe Unsicherheit beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Der vorliegende Krankheitszustand wurde von dem behandelnden Arzte als Melancholie bezeichnet. Versteht man darunter einfach einen Depressionszustand, so ist gegen diese Benennung nichts einzuwenden. Sie erkennen aber aus unseren bisherigen Erörterungen, dass nun erst die Schwierigkeit der Diagnose beginnt. Gegen eine Melancholie in dem von uns umgrenzten Sinne spricht schon im psychischen Zustande die grosse gemüthliche Stumpfheit wie die Gedächtnissschwäche; auch das völlige Zurücktreten der Versündigungsideen hinter anderen Kleinheitsideen passt nicht recht zum Bilde der Melancholie. Bei einem circulären Depressionszustande würden wir ebenfalls eine stärkere Ausprägung der gemüthlichen Verstimmung und namentlich des Gefühles der eigenen Unfähigkeit erwarten. Gegenüber der Dementia praecox endlich ist neben der deutlichen Beeinträchtigung des Gedächtnisses auf das Fehlen der selbständigen Willensstörungen hinzuweisen, ein Verhältniss, welches sich bei jener Krankheit gerade umzukehren pflegt. Geben wir immerhin zu, dass diese Ueberlegungen an sich noch nicht die Ausschlussdiagnose genügend begründen würden, so fallen sie doch ins Gewicht, wenn wir nun auch auf körperlichem Gebiete Störungen auffinden, die mit grösster Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen einer gröberen Hirnerkrankung hinweisen.

Bei diesem Kranken war das Voraufgehen einer luetischen Ansteckung nicht zu erweisen, doch darf nicht unerwähnt bleiben, dass seine Frau kinderlos ist, aber zweimal im dritten Monate abortirt hat, Umstände, die eine frühere Syphilis nicht unwahrscheinlich machen. Hinzuzufügen ist vielleicht noch, dass der Kranke vor Jahren ziemlich stark getrunken hat, dass seine Mutter Trinkerin

war und an einem Schlaganfalle starb, sowie dass sich ein Geschwisterkind in einer Irrenanstalt befindet*).

Alle 3 Fälle von Paralyse, die Sie heute gesehen haben, betrafen Männer in den mittleren Lebensjahren. Das entspricht durchaus der Regel. Die Paralyse ist bei Männern etwa 3—5mal so häufig, als bei Frauen; in den gebildeten Ständen wird das Verhältniss für die Frauen noch weit günstiger. Die überwiegende Mehrzahl der Paralytiker steht zwischen dem 35. und 45. Lebensjahre; Frauen erkranken im allgemeinen etwas später oder früher. Gewisse Berufsarten, wie Offiziere und Kaufleute, werden häufig, andere, wie katholische Geistliche, sehr selten von der Paralyse ergriffen. In den grossen Städten ist die Krankheit verbreiteter, als auf dem Lande, namentlich im abgelegenen Gebirge. Die Ursache aller dieser und so mancher anderen Verschiedenheiten kann kaum eine andere sein, als die verschiedene Häufigkeit der Syphilis.

VI. Vorlesung.

Epileptisches Irresein.

M. H.! Wenn Sie den heute vor Ihnen sitzenden 55jährigen, kräftig gebauten und gut genährten Mann ansehen, so wird Ihnen in seinem Verhalten wohl nichts auffallen, als höchstens eine gewisse Verdrossenheit, die sich in seinen Mienen ausprägt, während er sich sonst völlig wie ein Gesunder benimmt, mich höflich begrüsst, sich hinsetzt und abwartet, bis man ihn anredet. Er giebt über seine Verhältnisse geordnete, wenn auch nur kurze Auskunft, weiss, wo er sich befindet, wie lange er hier ist, kennt Tag und Jahreszahl und die Personen seiner Umgebung. Auf die Frage, ob er krank sei, fängt er an, zu jammern, ihm sei so tau-

*) Der Kranke lebt noch jetzt, nach mehr als 4jähriger Dauer seines Leidens, bei seiner Frau, hat Gehörsstäuschungen und Verfolgungsideen, ist erheblich verblödet. Die körperlichen Störungen sind die gleichen wie früher.

melig im Kopf, „so lebensmüd' und lebenssatt". Mit ihm sei es aus; er werde nicht mehr gesund und möge auch nicht mehr leben; das Leben sei ihm verleidet. Man solle ihm doch etwas geben, damit es zu Ende gehe; morgen lebe er nicht mehr. Im Kopf und im Leibe thue es ihm weh; das Herzwasser komme herauf, und noch dazu werde er als alter Krieger immer zurückgesetzt, gelte nicht so viel wie die jungen Lumpen; der liebe Gott solle ihn doch zu sich nehmen. Essen könne er gar nichts mehr.

Seine Stimmung ist bei diesen Stossseufzern eine missmuthig gereizte. Er fährt auf, wenn man unliebsame Vorkommnisse aus seinem Leben berührt, wie das Verhältniss zu seiner Frau, lässt sich jedoch wieder beruhigen und giebt uns endlich nach vielem Fragen einen etwas wortreichen Ueberblick über sein Leben, dem wir folgendes entnehmen: Der Kranke stammt aus gesunder Familie und war selbst gesund bis zum Feldzuge 1870/71, in dem er mehrere Gefechte mitmachte. Bei der Erwähnung dieser Erlebnisse erhellt sich seine Miene etwas. Er weiss noch viele Einzelheiten anzugeben und meint, er sei einer von den ersten, ein „strammer Kerl" gewesen. Im Februar 1871 erkrankte er an einem schweren Typhus und wurde deswegen nach Hause geschickt. Er lag 9 Wochen ganz verwirrt in Delirien, sah Schlachtengetümmel, schoss und schrie Hurrah, ohne nachher davon zu wissen. Es trat dann eine linksseitige Lähmung ein, die auch Zunge und Auge betraf und sich nur sehr langsam besserte. Auch das Gefühl in den gelähmten Theilen wie das Sehen auf der gleichen Seite war gestört. Nach seiner Wiederherstellung wurde er hie und da plötzlich von Ohnmachten befallen, nach denen er abgeschlagen, arbeitsunfähig und lebensüberdrüssig war; es dauerte bis zu 14 Tagen, bis es wieder gut war. In der Nacht träumte er dann lebhaft vom Militär, biss sich oft die Zunge dabei blutig, fiel auch einmal aus dem Bette und schlug sich die Vorderzähne ein. Ein anderes Mal fiel er im Garten auf die Nase und brach das Nasenbein. Diesen Anfällen ging die Verstimmung schon einen Tag voraus; nachher wusste er nichts von dem, was vorgekommen war.

Allmählich verschlimmerten sich die Anfälle. Dabei spielte, was der Kranke allerdings verschweigt, auch der Alkohol eine Rolle. Er konnte aber anscheinend nicht viel vertragen, gerieth schon nach geringen Mengen in lebhafte Erregung, wurde leicht gewaltthätig,

ohne nachher davon zu wissen. In Folge dessen kam er vielfach aus einer Anstalt in die andere; seine Frau wurde ihm inzwischen untreu. Auf Vorhalt giebt er zu, getrunken zu haben, namentlich in den Anfällen, „um sich zu vergessen“; ihm sei dadurch leichter geworden. Einmal machte er einen Selbstmordversuch durch Erhängen, weiss aber davon nur durch Andere. Auch jetzt kommen die Anfälle von Lebensüberdruss noch etwa alle Monate und dauern einige Tage; es kommt „wie angeflogen“ und verliert sich auch rasch wieder, „hellt sich auf“. In der Regel gehen diese Zustände, die der Kranke deutlich als krankhafte, als sein „Nervenleiden“ erkennt, mit Appetitlosigkeit und belegter Zunge einher. Er bringt sie mit der Witterung in Zusammenhang; das trübe Wetter könne er nicht vertragen. Den Anlass zu seiner letzten Verbringung in die Klinik, in der er schon vor Jahren einmal gewesen war, gab die geschlechtliche Betastung eines $3^1/_4$jährigen Mädchens, das er aufgefordert hatte, mit ihm spazieren zu gehen. Am Morgen des betreffenden Tages hatte er einen Ohnmachtsanfall gehabt, trank dann einige Viertel Wein und verlor nach seiner Angabe die Besinnung, wusste gar nichts von seiner That, war aber noch etwa 8 Tage verstimmt und drohte mit Selbstmord.

Ausserhalb dieser Anfälle ist der Kranke zwar ziemlich gedankenarm, findet sich aber in einfachen Verhältnissen ohne Schwierigkeit zurecht, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe und benimmt sich völlig geordnet. Sehr gern spricht er von seinen Kriegsthaten, die er mit allen möglichen Einzelheiten ausschmückt, und bei denen er sich gern als „alten Krieger“ in das richtige Licht stellt. Sein erhöhtes Selbstgefühl lässt ihn auch über seine Umgebung hinwegsehen; er arbeitet besser, als jeder Wärter, versteht mehr, als der Gärtner. In seinen Verkehrsformen zeigt er eine gewisse Feierlichkeit, vergisst nie, dem Arzte, und sei es noch so oft des Tages, den Gruss zu bieten, verlangt aber auch seinerseits, gebührend beachtet zu werden. Seine Reden und noch mehr seine Briefe, die er mit der Bitte um Geschenke an verschiedene besser gestellte Bekannte richtet, sind mit einem Schwalle höflicher Redensarten und frommer Wendungen verbrämt, wie denn überhaupt der liebe Gott, der keinen Deutschen, vor allem aber keinen alten Krieger verlässt, bei ihm eine grosse Rolle spielt.

Wie Sie sehen, haben wir es im vorliegenden Falle mit Ver-

stimmungen zu thun, die sich von allen bisher betrachteten Formen durch mehrere wesentliche Eigenthümlichkeiten unterscheiden. Dahin gehört zunächst ihr plötzliches Auftreten und ihre kurze Dauer. Sie sind Morgens beim Aufwachen da, wie angeflogen, und sie schwinden schon nach wenigen Tagen ebenso wie sie gekommen waren. Dafür aber treten sie in zahlreichen Anfällen und mit ziemlicher Regelmässigkeit Jahraus, Jahrein auf. Die Störung ist also eine ausgeprägt periodische, ein Umstand, der uns auf eine tiefere krankhafte Grundlage hinweist, deren Aeusserungen die einzelnen Anfälle sein müssen, da ihnen ein besonderer Anlass jeweils nicht vorangeht.

Den Weg zur richtigen Deutung weisen uns die Ohnmachtsanfälle, in denen sich der Kranke Verletzungen und Zungenbisse zugezogen hat. Sie sind unzweifelhafte Zeichen jener Krankheit, die wir Epilepsie nennen, und deren wichtigstes Merkmal, wie mir scheint, in der mehr oder weniger regelmässigen Wiederkehr der rasch ablaufenden Krankheitserscheinungen besteht. Wir erfahren hier zwar nichts über eigentliche Krampfanfälle, aber die Frau des Kranken hat schon vor Jahren angegeben, dass er in den Ohnmachten bisweilen ganz starr gewesen sei, so dass man ihm den Mund nicht öffnen konnte. Mit diesen Ohnmachten standen früher die Verstimmungen in innigstem Zusammenhange; sie gingen ihnen kurze Zeit voraus und überdauerten sie noch einige Tage; die Erinnerung war nachher stark getrübt. Offenbar hat es sich hier um Bewusstseinstrübungen gehandelt, wie sie ungemein häufig in Verbindung mit epileptischen Anfällen beobachtet werden. Auch bei dem Sittlichkeitsverbrechen, das der Kranke beging, bestand eine solche Beziehung der Verstimmung und der Bewusstseinstrübung oder des „Dämmerzustandes“, wie man derartige Zustände zu nennen pflegt, mit einer Ohnmacht. Bei uns aber sind die Verstimmungen, und zwar ohne ausgeprägte Bewusstseinstrübung, ganz für sich aufgetreten, auch anfallsweise, aber ohne Ohnmachten. Der Grund ist vielleicht darin zu suchen, dass der Kranke bei uns völlig fern vom Alkohol gehalten wurde, der, wie das auch bei ihm erprobt worden war, die Erscheinungen der Epilepsie regelmässig zu verschlimmern pflegt*).

*) Der Kranke befindet sich seit Jahren in wesentlich gleichem Zustande in einer Pflegeanstalt.

Jedenfalls lehrt uns der vorliegende Fall, dass auch diese periodischen Verstimmungen, deren Verbindung mit Ohnmachten und Dämmerzuständen wir von früher her bei ihm kennen, als Aeusserungen der Epilepsie anzusehen sind. Hinzufügen können wir auf Grund vielfältiger Erfahrung, dass schon verhältnissmässig recht kleine Alkoholmengen in diesen Verstimmungen zur Entwicklung schwerer Dämmerzustände führen können. Diese Thatsache wird dadurch vielleicht verständlicher, dass in den Verstimmungen, wie sich durch Versuche zeigen lässt, zu gewissen Zeiten neben einer Erschwerung der Auffassung eine erleichterte Auslösung von Willensantrieben stattfindet, was sich auch in der besonderen klinischen Färbung des Zustandes, der gereizten, verdriesslichen, „geladenen" Stimmung ausdrückt. Ganz nach denselben Richtungen hin aber wirkt der Alkohol, der somit hier einen besonders günstigen Boden für die Erzeugung von Erregungszuständen mit Bewusstseinstrübung vorfinden muss.

Die Ursache der epileptischen Störungen muss ohne Zweifel in dauernden Hirnveränderungen gesucht werden, die meist angeboren sind oder in früher Jugend erworben werden. Im vorliegenden Falle scheint die typhöse Hirnerkrankung das Leiden nach sich gezogen zu haben, wenn sich auch an dem Kranken sonst keine Reste derselben nachweisen lassen. Auch Kopfverletzungen schreibt man eine ursächliche Beziehung zur Entstehung epileptischer Störungen zu. Ich zeige Ihnen hier einen 30jährigen Arbeiter, der vor 9 Jahren, beim Militär, von einem Pferde einen Hufschlag vor die Stirn erhalten hat. Er war damals $^1/_2$ Tag bewusstlos und blieb 4 Wochen im Lazareth, wurde aber dann wieder ganz gesund bis auf häufige Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend. Etwa 5 Jahre später wurde ihm, als er an der Hobelbank sass, plötzlich schwarz vor den Augen; er verlor das Bewusstsein, fiel um und fühlte sich sehr abgeschlagen, als er nach kurzer Zeit wieder erwachte. Ein Jahr später trat ein neuer Anfall auf, und von da ab wurden solche Anfälle allmählich immer häufiger, so dass sie sich jetzt alle 3—4 Wochen einstellen. Ihnen geht das Gefühl, im Kopfe elektrisirt zu werden, vorauf, so dass der Kranke sich rechtzeitig hinlegen kann. In den Anfällen hat er Zuckungen am ganzen Körper, die nur wenige Minuten

dauern. Die Lippen waren nachher oft ganz zerschunden; einmal ging unwillkürlich Urin ab.

Ausser diesen Krampfanfällen traten häufig auch leichte, rasch vorübergehende Schwindelanfälle auf. Endlich aber berichtet uns der Kranke noch über ängstlich-reizbare Verstimmungen, die sich seit einem halben Jahre mehrmals wiederholt haben. Ohne Anlass kommt plötzlich ein Gefühl von Missmuth und Bangigkeit über ihn; er muss immer „über einen Gedanken nachgrübeln, den er nicht fassen kann". Unter starken Kopfschmerzen stellt sich nun eine ausserordentliche Reizbarkeit ein, die ihn bei dem geringsten Anlasse zu heftigen Schimpfereien, Bedrohungen und selbst Gewaltthätigkeiten treibt. Nach einigen Stunden oder Tagen ist der Zustand plötzlich verschwunden, und er begreift nicht mehr, wie er sich so hat aufregen können. Einige Male war die Erinnerung an sein Benehmen im Anfalle eine recht unklare. Alkoholgenuss, auch ganz mässiger, schien die Auslösung der Anfälle zu begünstigen. Trank der Kranke in den Verstimmungen, so wurde er zuerst etwas schläfrig; dann aber war es schlimmer als vorher.

Wir haben Gelegenheit gehabt, in der Klinik eine ganze Reihe derartiger Verstimmungen zu beobachten, die in unregelmässigen Zwischenzeiten, ungefähr alle 1—2 Wochen, bei ihm auftreten. Während der Kranke für gewöhnlich ein freundliches, zugängliches und sehr ruhiges Wesen zeigt, erschien er zu solchen Zeiten, meist schon Morgens beim Aufstehen, müde, einsilbig, leicht benommen, ärgerlich, beklagte sich in nörgelnder Weise über diese oder jene Kleinigkeit, hatte Kopfschmerzen. Einmal mischte er sich dabei in einen Streit zweier Mitkranker, konnte nur mit Mühe von Gewaltthätigkeiten abgehalten werden. Liess man ihn ruhig im Bette liegen, so war er in der Regel schon am nächsten Tage wieder frei und einsichtig, betrachtete die Verstimmung selbst als krankhaft. „Jedes Wort, das ich hörte, ärgerte mich. Ich habe Zeiten, wo ich gar nicht reizbar bin, dann wieder Zeiten, wo ich wegen jeder Kleinigkeit wüthend werde."

Die körperliche Untersuchung des kräftig gebauten, gut genährten Mannes, der über seine Zustände bereitwilligst eingehende Mittheilungen macht und aus eigenem Antriebe zu uns gekommen ist, ergiebt eine geringe Verdickung der Nasenwurzel, besonders nach rechts hin. Man fühlt eine quer über das Nasenbein verlaufende

Einsenkung, die sich bis gegen die rechte Augenhöhle fortsetzt. Die Stirn ist bei Beklopfen empfindlich, besonders rechts. In der Nase ist die Scheidewand verbogen, namentlich nach rechts. Links oben findet sich eine faltenförmige Verwachsung zwischen Seitenwand und Septum. Die linke Pupille ist ein wenig weiter, als die rechte. Die Finger zeigen feinschlägiges Zittern; die Kniesehnenreflexe sind sehr lebhaft.

Die Uebereinstimmung dieses Krankheitsbildes mit dem vorher besprochenen ist einleuchtend. Auch hier haben wir Ohnmachten, Krampfanfälle, Schwindelanfälle, endlich aber die eigenartigen Verstimmungen vor uns, die ohne Anlass in kürzeren Zwischenzeiten wiederkehren. Dazu kommt die ungünstige Wirkung des Alkohols. Nur ist in dem letzten, leichteren und seit kürzerer Zeit bestehenden Falle die allgemeine Veränderung im Seelenleben, die Einengung des Gesichtskreises, das gehobene Selbstgefühl, die Neigung zu Redensarten und frommen Sprüchen nicht entwickelt. Von dem Kranken selbst wird das Leiden mit Bestimmtheit auf die Kopfverletzung zurückgeführt; er versichert, dass seine Reizbarkeit erst seit jener Zeit aufgetreten sei. Bemerkenswerth ist es, dass sich eine Verstimmung bei uns unmittelbar an eine eingehende Nasenuntersuchung anschloss. Der Kranke begab sich sofort hinterher zu seiner Frau, schimpfte sie ohne Anlass und schickte sie aus dem Hause; noch am gleichen Abende bereute er sein Benehmen und bat um Verzeihung. Diese Erfahrung würde also wohl für einen gewissen Zusammenhang zwischen der Nasenverletzung und den Anfällen des Kranken sprechen. Allerdings ist es auffallend, dass die Krankheit anscheinend erst mehrere Jahre nach dem Unfalle eingesetzt hat. Indessen ist die erhöhte Reizbarkeit von seinen Angehörigen angeblich sofort nach der Entlassung vom Militär bemerkt worden; zudem traten die Kopfschmerzen, die jetzt regelmässig die Verstimmungen begleiten, schon sehr bald nach der Verletzung auf. Wir haben daher den Versuch gemacht, die Verstimmungen durch rechtzeitiges Auspinseln der Nase mit Cocainlösung zu beseitigen, doch hat sich über die Wirksamkeit dieses Verfahrens bei der ohnedies so kurzen Dauer der einzelnen Anfälle kein bestimmtes Urtheil gewinnen lassen. Dagegen hat die gänzliche Enthaltsamkeit vom Alkohol anscheinend einen günstigen Einfluss auf die Schwere wie auf die

Häufigkeit der Anfälle ausgeübt*). Zum Schlusse wollen wir übrigens noch darauf hinweisen, dass eine Schwester unseres Kranken geisteskrank ist, während sein Vater an Epilepsie gelitten hat. Wenn also auch die Kopfverletzung eine Rolle bei der Entstehung seines Leidens gespielt hat, so ist doch nicht ausser Acht zu lassen, dass bei ihm wahrscheinlich von vorn herein schon eine gewisse Veranlagung zur Epilepsie vorhanden war.

Die beiden besprochenen Fälle haben uns bereits gezeigt, dass die Mannichfaltigkeit der epileptischen Störungen eine grosse ist. Ausser den eigentlichen Krampfanfällen haben wir Ohnmachten, Schwindelanfälle, Dämmerzustände und Verstimmungen kennen gelernt. Alle diese verschiedenartigen Erscheinungsformen der Epilepsie können sich in demselben Falle mit einander verbinden; sie schliessen sich bisweilen an einander an, und sie zeigen sämmtlich die gleiche grundlegende Eigenthümlichkeit der Periodicität. Schon Sammt hat daher die Ansicht ausgesprochen, dass diese anscheinend so verschiedenen Störungen doch nur gleichwerthige Aeusserungen eines und desselben Krankheitszustandes seien, dass sie einander gewissermassen vertreten könnten. Er schlug daher für die mannichfaltigen Gestaltungen, welche der epileptische Anfall annehmen kann, die Bezeichnung der Aequivalente vor, um damit anzudeuten, dass sie nichts als Ersatzformen des eigentlich für die Epilepsie kennzeichnenden Krampfanfalles seien. An dieser Anschauung ist jedenfalls soviel richtig, dass wir alle die angeführten Störungen und noch manche andere in der That als Zeichen der epileptischen Erkrankung anzusehen berechtigt sind. Wo eine derselben mit Sicherheit beobachtet wird, sehen wir früher oder später meist auch noch diese oder jene andere Erscheinungsform des Leidens auftreten. Im einzelnen Falle kann dabei die klinische Ausbildung eines jener Aequivalente überwiegen, während sich andere seltener und schwächer einstellen. Massgebend für die Diagnose ist dabei, wie ich glaube, nur die häufige und ganz gleichartige Wiederkehr der Störungen ohne äusseren Anlass. Unter diesem Gesichtspunkte würden die Krampfanfälle, auf die man gewöhnlich das grösste Gewicht

*) Der Kranke ist in diesem Punkte sehr verständig und arbeitet seit Jahren fleissig in der Fabrik, ohne dass schwere Störungen hervorgetreten wären.

für die Feststellung der Epilepsie zu legen pflegt, zwar ein sehr wichtiges und wahrscheinlich das schwerste Zeichen der Krankheit bilden, aber wir werden unter Umständen auch solche Krankheitsfälle der Epilepsie zuzurechnen haben, in denen niemals Krampfanfälle aufgetreten sind, wenn nur eines oder mehrere der bekannten Aequivalente in häufiger, gleichartiger Wiederkehr mit Sicherheit nachgewiesen sind.

Eine sehr reichhaltige Ausbildung der Anfälle bot besonders der folgende Kranke dar, ein 32jähriger Bierbrauer, der uns aus dem Gefängnisse zugeführt wurde. Er war früh um 5 Uhr aus einer Wirthschaft in betrunkenem Zustande ausgewiesen worden, hatte grossen Lärm gemacht und schliesslich, als er durch einige Schutzleute verhaftet werden sollte, in rasender Weise geschrieen, um sich geschlagen und gebissen. Obgleich er später behauptete, von der ganzen Sache nichts mehr zu wissen, sondern seinen „Anfall" gehabt zu haben, wurde er zu 14 Tagen Gefängniss verurtheilt, da die Schilderung des epileptischen Anfalles bei Krafft-Ebing nicht auf sein Verhalten passe. Gegen Schluss seiner Strafzeit wurde der Kranke plötzlich sehr erregt und gewaltthätig, schrie, der Teufel sei in der Zelle, zertrümmerte, was er erreichen konnte, wurde dann geknebelt und mit der Zwangsjacke in die Klinik gebracht. Hier gab er über seine persönlichen Verhältnisse richtige Auskunft, war aber auffallend benommen, unklar über seine Umgebung und die letzten Ereignisse, erzählte, er habe seine Mutter und den lieben Gott gesehen, sei in einer herrlichen Kutsche in den Himmel gefahren, habe Singen gehört, lebhafte Angst gehabt. Bei der klinischen Vorstellung hielt er den Praktikanten für einen der Engel, mich für den „lieben Vater, der uns die Sachen giebt", meinte abwechselnd, im Paradies, im Spital, in der Sitzung zu sein. In den nächsten Tagen traten dann noch Thiervisionen auf; er sah Käfer, Ratten und Mäuse, Leute ohne Köpfe, die ihn mit Peitschen schlugen, hörte Militärmusik, Erscheinungen, die, wie wir später erfahren werden, wohl auf seinen Alkoholmissbrauch zurückzuführen waren. Nach wenigen Tagen wurde er wieder klar und erkannte zunächst die Thiervisionen als krankhaft an, während er seine Erlebnisse im Himmel erst 10 Tage später zu berichtigen vermochte.

Der untersetzt und kräftig gebaute Kranke benimmt sich, wie

Sie sehen, natürlich und giebt, wenn auch sehr weitschweifig, geordnete Auskunft über seine Vergangenheit und seine Zustände. Von körperlichen Störungen ist nur eine alte Bissnarbe an der Zunge und eine gewisse Druckempfindlichkeit der Nervenstämme bemerkenswerth, die wohl mit seiner Neigung zum Alkohol in Beziehung steht. Wir erfahren von ihm, dass er seit seinem 11. Lebensjahre an der „fallenden Krankheit“ leide; sie sei nach Scharlach bei ihm aufgetreten. Die Krankheit habe sich bisweilen alle Tage eingestellt. Es komme geschwind in den Kopf; dann spüre er nichts mehr, falle hin, wie man ihm gesagt habe. Das könne 2—3 Stunden dauern; nachher habe er etwas Kopfweh und wisse von nichts. Auch leichte Anfälle habe er, bei denen es ihm schnell durch den Kopf fahre, dass er gerade die Besinnung verliere und wieder bei sich sei. Das sei in den letzten Jahren öfters gekommen und habe einige Minuten gedauert; dabei falle er nicht hin. Seine Stimmung ist fröhlich; er hofft, bald wieder gesund zu werden, zeigt dem Arzte gegenüber ein gutmüthig-zutrauliches Benehmen. Ueber seine Zukunft macht er sich nicht viele Gedanken. Getrunken hat er seinem Berufe entsprechend ziemlich viel; sein Leben war ein sehr unstätes. Er wurde mehrfach wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung bestraft, die er in grosser Erregung begangen hatte. Einmal war er Nachts auf einem fremden Hofe betroffen worden und hatte einem Ehepaare, das ihn dort anrief, ohne ein Wort zu sagen, mehrere Messerstiche versetzt. Er behauptet, von der That durchaus nichts zu wissen.

Die Beobachtung in der Klinik ergab, dass bei ihm eine Reihe verschiedenartiger Störungen auftreten. Zunächst sahen wir gewöhnliche, recht schwere Krampfanfälle, ferner einfache, kurzdauernde Ohnmachten, sodann die von ihm selbst geschilderten, ganz leichten und flüchtigen Bewusstseinstrübungen, die man als „petit mal“ zu bezeichnen pflegt. In der Unterhaltung sagte er plötzlich: „Jetzt kommt's; jetzt wird mir alles wirr; es wird mir schwarz vor Augen“. Sein Gesichtsausdruck wurde starr; er lehnte sich an die Wand und stammelte einzelne unzusammenhängende Worte. Nach wenigen Secunden sagte er dann: „So, jetzt ist's besser; jetzt ist's vorbei“. In Verbindung mit den Krämpfen, vorher oder nachher, traten Wuthanfälle mit tiefer Bewusstseinstrübung auf, in denen er seine Umgebung verkannte, rücksichtslos

tobte und um sich schlug. Ein solcher Zustand ist es auch wohl gewesen, der zu seiner letzten Verhaftung geführt hat. Wir wissen, dass bei Epileptikern besonders der Alkohol derartige Aufregungen mit Benommenheit auslöst; es sind das die sogenannten „pathologischen Rauschzustände“.

Als leichtere und leichteste Form der Anfälle waren wohl die bei unserem Kranken sehr häufigen Verstimmungen zu betrachten, in denen der sonst gutmüthige und vergnügte Mensch nörgelte, sich zurückgesetzt fühlte, seine baldige Entlassung verlangte, alles zusammenzuschlagen drohte und gelegentlich gewaltthätig wurde. Nach wenigen Stunden, spätestens am nächsten Tage, war er wieder freundlich, fing sofort an, sich fleissig zu beschäftigen, und hatte ein ganz klares Verständniss dafür, dass er krank gewesen sei. Endlich sind noch eigenthümliche deliriöse Zustände bei dem Kranken zur Beobachtung gekommen, „Träumereien“, wie er sie nannte. In einer Nacht glaubte er sich im Hause seiner verheiratheten Schwester, sprach mit seiner verstorbenen Mutter; ein anderes Mal kam es ihm in der Nacht vor, als ob ihm sein Stiefvater Geld gebe. „Auf einmal denk' ich, wo bin ich denn eigentlich, Herrgott, man hat mich doch nicht herausgelassen aus der Anstalt und ich bin doch auch nicht fortgelaufen! Woher hab' ich denn Geld, und ich darf doch nicht trinken!“ Zu dieser Gruppe von Zuständen ist gewiss auch der Besuch im Himmel zu rechnen, den er im Gefängnisse zu machen glaubte, wenn dabei auch alkoholische Delirien mit hineingespielt haben. Mir scheint, dass sich der Unterschied beider gerade in der rascheren Berichtigung dieser letzteren sehr deutlich ausprägte. Vielleicht ist es auch auf solche deliriösen Zustände zurückzuführen, dass der Kranke sich einmal bei seiner Arbeit oben auf dem Fenstergitter stehend fand, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen war. Ein anderes Mal sah man ihn im Bette liegen, mit einförmigen Bewegungen an der Decke zupfen und unverständlich vor sich hin murmeln, anscheinend in schwer benommenem Zustande.

Einer oder einige dieser verschiedenartigen Anfälle traten fast jeden Tag auf, meist in Gruppen gehäuft. Die eingeschlagene Behandlung, die in der Darreichung von Bromnatrium bestand, hatte kaum Erfolg; auch die Anwendung des Opiums in steigender Gabe bis zu 3mal 60 Tropfen am Tage mit plötzlichem Ersatze

durch 12 gr Brom, wie sie neuerdings empfohlen worden ist, blieb ohne günstige Wirkung. Es ist indessen nicht ausgeschlossen, dass sich durch sehr lange Fortsetzung der Brombehandlung mit Gaben von 4—6 gr doch noch eine gewisse Besserung des Zustandes erreichen lassen wird. Völlige Enthaltsamkeit vom Alkohol ist dabei selbstverständlich*).

VII. Vorlesung.

Manische Erregung.

M. H.! In den bisherigen Vorlesungen haben wir die verschiedensten Formen von Depressionszuständen betrachtet. Mein Zweck war es dabei, Ihnen zu zeigen, dass die traurige oder ängstliche Verstimmung an sich keinerlei Schlüsse auf die Krankheit erlaubt, durch die sie erzeugt wird, dass es vielmehr in jedem Falle unsere Aufgabe ist, uns über die besondere klinische Bedeutung des Krankheitszeichens klar zu werden. Unter Umständen können wir dabei schon aus der Art der Verstimmung, ihrer Dauer, ihrer häufigen Wiederkehr, ihrer geringen Tiefe u. s. f. wichtige Schlüsse auf das Wesen der zu Grunde liegenden Krankheit ziehen; oft genug aber wird uns erst die Beachtung der übrigen Krankheitszeichen auf die richtige Spur leiten. Auf den ersten Blick sehr ähnliche Zustandsbilder können eben dem Verlaufe sehr verschiedener Krankheiten angehören. Umgekehrt aber machen wir häufig die Erfahrung, dass die verschiedenartigsten, anscheinend vielleicht ganz entgegengesetzten Zustände als Aeusserungen des gleichen Leidens nach einander auftreten können. Dass es sich dabei nicht etwa um die Verbindung verschiedener selbständiger Krankheiten handelt, wie man früher manchmal geglaubt hat, wird, abgesehen von der Häufigkeit der Erscheinung, durch den oft ungemein raschen Uebergang der wechselnden Bilder in einander, durch die

*) Der Kranke wurde in eine Pflegeanstalt überführt.

gelegentliche Vermischung ihrer Einzelzüge, endlich durch den gleichartigen Verlauf und Ausgang sicher erwiesen.

Der 50jährige, kräftig gebaute und gut genährte Kaufmann, der Ihnen heute vorgeführt wird, betritt mit raschem Schritte den Saal, begrüsst uns laut, nimmt mit höflicher Verbeugung Platz und blickt sich erwartungsvoll und neugierig um. Sobald wir ihn anreden, entgegnet er schnell und sicher, giebt über seine persönlichen Verhältnisse wie über seine jetzige Lage fliessende und zutreffende Auskunft. Sehr bald aber antwortet er nicht nur, sondern ergreift selbst das Wort, meint scherzend, er werde nicht alles so glatt erzählen, sondern die Prüfung ein wenig erschweren, damit er sehe, ob wir auch etwas verstünden. Er erklärt, dass er an Paralyse leide, macht ganz unsinnige Angaben, rechnet falsch und freut sich königlich, wenn man darauf weiter eingeht. Lässt man ihn gewähren, so spricht er viel und lebhaft, lässt sich kaum unterbrechen, verliert aber leicht den Faden und flicht in seine Darstellung immer neue, nicht zur Sache gehörige Einzelheiten ein. Eine bündige, kurze Antwort ist von ihm kaum zu erlangen; immer hat er noch etwas hinzuzufügen und auszuschmücken. Auch bei meinen Auseinandersetzungen bittet er zwischendurch wiederholt „ums Wort“, bescheidet sich aber immer wieder mit höflicher Verbeugung. Vielfach richtet er seine Reden an Sie, spielt auf das studentische Leben an, schiebt Verse aus Studentenliedern ein, bringt auch einmal selbst einen Gelegenheitsknittelreim zusammen.

Seine Stimmung ist lustig, gehoben; er gefällt sich in allerlei Spässen, auch ziemlich gewagten, macht sich über sich und Andere lustig, ahmt bekannte Persönlichkeiten nach, lacht über seine eigenen Streiche, die er als ganz harmlos hinzustellen weiss. Er hat sich nämlich in den letzten Nächten vor seiner Aufnahme in allen möglichen Wirthschaften und anrüchigen Häusern herumgetrieben, überall stark getrunken und sich höchst auffallend benommen, sich auf dem Markte mit Wasser von oben bis unten begossen, ist mit der Droschke in den umliegenden Dörfern aus einem Wirthshause ins andere gefahren. Schliesslich hat er in seiner Wohnung Spiegel, Geschirr und Möbel zertrümmert, so dass er unter grossem Aufgebot von Polizei in die Klinik gebracht wurde. An allem dem, meint er schlagfertig, sei nur seine Frau schuld, die ihn nicht richtig behandelt, ihm nichts Ordentliches

gekocht habe. In Folge dessen habe er das Wirthshaus aufsuchen müssen; er müsse den Leuten doch auch etwas zu verdienen geben. Für krank hält er sich nicht, will aber, wenn es uns Vergnügen mache, wie er mit vielsagendem Lächeln hinzufügt, einstweilen bei uns bleiben. Irgend welche körperlichen Störungen bietet der Kranke nicht dar, ausser einigen Verletzungen, die er bei der gewaltsamen Ueberführung in die Klinik erlitten hat.

Das hier betrachtete Bild erscheint uns nach jeder Richtung als der gerade Gegensatz zu gewissen Depressionszuständen, die wir früher kennen gelernt haben. Die Auffassung geschieht rasch; die Vorstellungen tauchen ungehindert auf, um freilich bald durch neue wieder verdrängt zu werden. Die Stimmung ist heiter; das Handeln wickelt sich glatt und ohne Hemmnisse ab, auch ohne diejenigen, die im gesunden Leben zügelnd eingreifen. Wir bezeichnen diese Verbindung von Krankheitszeichen, der wir häufig in derselben Form begegnen, mit dem Namen der Manie, oder, da hier die einzelnen Störungen nur leicht ausgebildet sind, als Hypomanie. Unser Kranker ist indessen keineswegs immer so besonnen und so burschikos liebenswürdig wie zur Zeit. Vorübergehend, namentlich im Anfange, war er völlig verwirrt und zusammenhangslos in seinen sich überstürzenden Reden, wurde sehr gereizt gegen seine Umgebung, zertrümmerte Tische, Stühle und Fensterscheiben, schmierte mit seinen Ausleerungen herum, goss sich die Suppe über den Kopf, stellte das gefüllte Nachtgeschirr auf den Esstisch. Zu anderen Zeiten wurde er durch Necken und Misshandeln anderer Kranker, Anschwärzen des Wartpersonals, Nörgeln und Verhetzen bei jeder Gelegenheit fast unerträglich.

Die Manie ist nicht nur gewissermassen eine getreue Umkehrung der circulären Depressionszustände, sondern sie ist selbst nichts, als ein Abschnitt des manisch-depressiven Irreseins. Wo wir wirklich manische Erregungen vorfinden, können wir demnach den Wahrscheinlichkeitsschluss ziehen, nicht nur, dass sich diese Erregungen öfters im Leben zeigen werden, sondern ferner, dass sich ausserdem wohl auch Depressionszustände der früher geschilderten Art dazwischen einschieben. Kehren wir zu unserem Kranken zurück, so können wir feststellen, dass er bereits zum 7. Male in der Irrenanstalt ist. Er ist unehelich geboren; seine Mutter starb an einem Schlaganfall; eine Schwester derselben

war geisteskrank. Der Kranke galt immer für etwas eigenartig, war aber nüchtern und fleissig. Der erste Anfall des Leidens trat in seinem 37. Jahre auf und ähnelte ganz dem jetzigen. Damals lud der Kranke plötzlich in der Zeitung die ganze „hiesige Noblesse“ zu einer „Haute-volée-Soirée“ in einem Aussichtshäuschen ein, fuhr auf die Polizei mit dem Vorgeben, dass er einen lange gesuchten anarchistischen Verbrecher in der Person eines Gensdarmen aufgefunden habe, und erlaubte sich allerlei derbe Spässe mit den Beamten. Er wurde damals für paralytisch gehalten. Die späteren Anfälle begannen jeweils mit Neigung zu verschwenderischen Ausgaben, alkoholischen und geschlechtlichen Ausschweifungen sowie allen möglichen öffentlichen Ausschreitungen; einmal hatte er bei der Aufnahme die ganzen Taschen voll werthloser Ringe, fremder Münzen, billiger Schmuckstücke, die er überall aufgekauft hatte, dazu zahlreiche Pfandzettel.

Die Dauer der Anfälle betrug anfangs 2—3, späterhin etwa 6 Monate. Obgleich der Kranke sich in der Klinik meist sehr bald beruhigte und kaum noch leise Störungen darbot, misslangen doch eine Reihe von Entlassungsversuchen, weil er sofort wieder anfing, zu trinken, und dann rasch von neuem erregt wurde. Nach endgültiger Genesung war er in den Zwischenzeiten ein sehr nüchterner Mann, der äusserst zurückgezogen lebte und mit seiner Frau, die er in der Erregung peinigte und beschimpfte, in gutem Einvernehmen stand. Nach der vorletzten Entlassung war er 3 Monate, nach der letzten $^3/_4$ Jahre lang tief verstimmt, menschenscheu, blieb viel im Bette liegen und äusserte Selbstmordgedanken, bis dann allmählich das gemüthliche Gleichgewicht wiederkehrte.

Unsere vorhin ausgesprochene Erwartung hat uns nicht betrogen. Nicht nur sind bei dem Kranken schon eine Reihe von manischen Anfällen vorausgegangen, sondern es haben sich im Laufe der Jahre auch ausgeprägte Depressionen bei ihm eingestellt. Voraussichtlich wird daher auch die Zukunft eine mehr oder weniger regelmässige Wiederkehr der einen wie der anderen Zustände bringen*). Dass die Dauer und Schwere der Anfälle im Laufe der Zeit zugenommen hat, während die Zwischenzeiten eher

*) Der Kranke ist nach Eintritt der Beruhigung zunächst wieder längere Zeit gedrückter Stimmung gewesen und 1 Jahr später von neuem manisch geworden.

kürzer geworden sind, entspricht der allgemeinen Erfahrung bei unserer Krankheit. Der weitere Verlauf wird, wenn auch vielleicht mit Schwankungen, wahrscheinlich eine langsame Verschlimmerung im Verhalten der Anfälle bedingen.

Wie Sie schon von draussen her hören, ist die zweite Kranke, die jetzt in den Saal stürmt, lebhaft erregt. Sie setzt sich nicht, sondern geht mit hastigen Schritten herum, mustert kurz, was ihr ins Auge fällt, mischt sich ungenirt unter die Zuhörer und macht Miene, mit denselben anzubinden. Sobald es gelingt, sie zum Sitzen zu bringen, springt sie rasch wieder auf, schleudert ihre Schuhe von sich, bindet sich die Schürze ab, wirft sie ebenfalls fort, fängt an, zu singen und zu tanzen. Im nächsten Augenblicke hält sie inne, klatscht in die Hände, geht an die Tafel, ergreift die Kreide, beginnt ihren Namen zu schreiben, endigt aber mit einem riesigen Schnörkel, der im Nu fast die ganze Tafel bedeckt. Sie wischt ihn mit dem Schwamme oberflächlich fort, schreibt von neuem hastig einige Buchstaben, schleudert aber plötzlich die Kreide über die Köpfe der Hörer, ergreift den Stuhl, schlenkert ihn im Bogen herum und setzt sich mit Nachdruck auf denselben, um alsbald wieder aufzuspringen und das alte Spiel in anderen Formen zu wiederholen. Während dieser ganzen Zeit schwatzt die Kranke fast unaufhörlich, doch ist der Inhalt ihrer hastigen, überstürzten Reden kaum verständlich, völlig zusammenhangslos. Auf eindringliches Anreden erhält man meist eine kurze, sinngemässe Antwort, an die sich jedoch sofort alle möglichen abgerissenen Sätze anknüpfen. Bisweilen kann man noch die dabei gemachten Gedankensprünge verfolgen; es sind auftauchende Erinnerungen, Bruchstücke von Redensarten und Versen, Wörter und Wendungen, die sie gerade von ihrer Umgebung hört und nun in ihren Redestrom einflicht. Die Kranke nennt ihren Namen, ihr Alter, weiss, dass sie im „Narrenhaus“ ist, belegt aber die Personen mit ganz willkürlichen Bezeichnungen. Zu einer zusammenhängenden Unterhaltung ist sie nicht zu bringen, sondern schweift sofort ab, springt auf, wendet sich an einen der Zuhörer, läuft ans Fenster, singt ein halbes Lied, tanzt herum. Ihre Stimmung ist äusserst heiter; sie lacht und kichert immerfort zwischen ihren Reden, geräth aber auch leicht in Zorn, wenn man sie ein wenig reizt, bricht dann in eine wahre Fluth der garstigsten Schimpfereien aus, um sich

im nächsten Augenblicke unter fröhlichem Lachen wieder zu beruhigen. Trotz ihrer grossen Unruhe ist sie ziemlich leicht zu lenken, befolgt in freundlichem Tone gegebene Aufforderungen, allerdings nur, um sofort wieder irgend etwas Anderes zu treiben. Auf körperlichem Gebiete ist ausser einer gewissen Anaemie der zart gebauten Kranken höchstens eine linksseitige Lidrandentzündung zu erwähnen, deren Behandlung die Kranke nicht duldet.

Den Grundzug des vorliegenden Zustandes bildet die ausserordentliche Flüssigkeit der einzelnen psychischen Vorgänge. Sie werden rasch und leicht angeregt, ebenso leicht aber auch wieder durch andere verdrängt. Irgend ein zufälliger Reiz fesselt die Aufmerksamkeit sofort, aber nur für einen Augenblick; jede auftauchende Vorstellung oder Stimmung, jeder Willensantrieb wird schon von einem anderen abgelöst, bevor sie noch recht zur Entwicklung gelangt waren. Offenbar fehlt der Kranken die Fähigkeit, in Gedanken, Stimmung und Handeln sich nicht von den wechselnden Einflüssen des Augenblicks beherrschen zu lassen, sondern diese selbst nach eigenen Zielen zu verarbeiten. Auf diese Weise entsteht das wichtige Krankheitszeichen der Ablenkbarkeit, der erhöhten Beeinflussbarkeit durch äussere und innere Reize. Sie macht sich auf dem Gebiete der Auffassung darin bemerkbar, dass nicht die wichtigsten, sondern ganz beliebige, gerade sich darbietende Eindrücke die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, um alsbald durch andere, eben so zufällige wieder abgelöst zu werden. Im Bereiche des Vorstellungsverlaufes entsteht hier jene Erscheinung, die man als Ideenflucht zu bezeichnen pflegt. Da die Zielvorstellungen fehlen, die dem gesunden Denken seine feste Richtung geben und alle Nebenvorstellungen schon im Entstehen unterdrücken, so wird der Gedankengang fortwährend aus seiner Richtung gedrängt, indem sich zufällige und nebensächliche, vielfach nur durch sprachliche Gewöhnung oder Gleichklang wachgerufene Vorstellungen überall einschieben. Dass dabei die Aufeinanderfolge der Gedanken nicht beschleunigt ist, wie man meist annimmt, sondern dass die Erzeugung neuer Vorstellungen oft sogar sehr dürftig und langsam von Statten geht, lässt sich durch geeignete Versuche unschwer darthun. Dagegen ist die Bezeichnung Ideenflucht insofern ganz zutreffend, als die Dauer der einzelnen Vorstellung in der That erheblich verkürzt zu sein scheint: die

Ideen sind „flüchtig“ und verblassen schon wieder, bevor sie noch rechte Klarheit gewonnen haben. Daher besteht auf der Höhe solcher Störungen regelmässig eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewusstseinstrübung.

Die Stimmung lässt die Ablenkbarkeit in dem unvermittelten Wechsel der Färbung erkennen, die von übermüthigster Lustigkeit im Handumdrehen zu zorniger Gereiztheit, aber auch zu weinerlicher Verzweiflung umschlagen kann. Bei der Gestaltung der Willensäusserungen endlich kommt die Störung als motorische Unruhe, als Beschäftigungsdrang zum Ausdrucke. In dem Kranken tauchen fortwährend die mannichfaltigsten Willensantriebe auf, deren Umsetzung in Handeln durch keine Hemmungen verhindert, aber durch neue Antriebe sehr bald wieder durchkreuzt wird.

Vergleichen Sie diese Kennzeichnung des vorliegenden Zustandes mit dem Bilde des vorhin besprochenen Kranken, so werden Sie unschwer erkennen, dass uns bei Jenem dieselben Züge entgegentraten wie hier, nur in sehr abgeschwächter Form. Auch dort bemerkten wir die Ablenkbarkeit des Gedankenganges, den Wechsel der Stimmung und die Haltlosigkeit des Willens, die Neigung, allen auftauchenden Antrieben widerstandslos nachzugeben. In der That haben wir es in beiden Fällen mit demselben Krankheitsbilde, mit demjenigen der manischen Erregung zu thun. Dass die auf den ersten Blick so auffallenden Unterschiede nur gradweise sind, wird uns klar, wenn wir bei jenem Kranken mit wachsender Erregung denselben Zustand sich entwickeln sehen wie hier. Andererseits aber hat auch unsere Kranke zeitweise das Bild der „Hypomanie“ dargeboten. Allerdings trifft das nicht für den jetzigen Anfall zu, der vor ungefähr 2 Monaten ziemlich plötzlich begann, höchstens für die ersten Tage. Dagegen hat die Kranke, was wir nach unseren früheren Erörterungen von vorn herein für wahrscheinlich halten mussten, schon eine ganze Reihe von manischen Anfällen überstanden, die zum Theil ungemein milde verlaufen sind.

Die Frau ist jetzt 32 Jahre alt; ihr Vater war sehr aufgeregt, ebenso dessen Bruder, der durch Selbstmord starb; auch ein Vetter des Vaters war geisteskrank. Eine Schwester der Kranken ist schwachsinnig. Ihre Krankheit begann im 14. Jahre mit einem Anfalle von Depression, dem nach 2 Jahren ein Erregungszustand folgte. Wiederum 2 Jahre später trat ein neuer Anfall trauriger

Verstimmung mit Selbstanklagen und starker Hemmung auf, an den sich eine Erregung, dann eine nochmalige Depression und eine weitere Erregung anschloss. Von da ab wurden häufige Schwankungen zwischen leichter Verstimmung und hypomanischen Zuständen beobachtet, die nur von der Mutter als krankhaft erkannt wurden. Die Kranke führte dann ein unstetes Leben, erliess Heirathsanzeigen, knüpfte wahllos Liebesverhältnisse an, die nicht ohne Folgen blieben, wurde aber von Fremden nur für „lebenslustig“ gehalten. Einmal heirathete sie in einem solchen Zustande wirklich, freilich nur, um sich später wieder scheiden zu lassen; dreimal wurde die Erregung so stark, dass die Kranke vorübergehend in einer Anstalt untergebracht werden musste. In den Depressionszuständen empfand sie dann immer tiefe Reue über ihre Handlungsweise während der Erregung. Dazwischen schoben sich übrigens auch längere Zeiten ein, in denen weder traurige noch heitere Verstimmung vorhanden war.

Die ganze Entwicklung und der Verlauf dieses Falles ist ungemein kennzeichnend für das manisch-depressive Irresein. Den Beginn im jugendlichen Alter mit einer traurigen Verstimmung, den späteren Wechsel zwischen Manie und Depression, das Vorkommen einzelner schwerer neben zahlreichen leichten Anfällen, die dem Laien kaum als krankhaft erscheinen, finden wir in derselben Weise ungezählte Male wieder. Ebenso ist uns die Erfahrung geläufig, dass derartige Kranke aus Familien zu stammen pflegen, in denen noch weitere Fälle von Geistesstörung vorgekommen sind. Wir werden erwarten dürfen, dass unsere Kranke auch fernerhin eine Reihe verschieden gefärbter, leichterer und schwererer Anfälle zu überstehen haben wird*).

Auch der nun folgende Kranke, ein 49jähriger Schiffer, beginnt bei seinem Eintritte sofort zu reden und stellt sich vor als „Angeklagter unter dem Oberbefehl des Herrn Professor General Kr.“ Er geht indessen bereitwillig auf die Beantwortung der an ihn gerichteten Fragen ein, erweist sich als völlig klar über Zeit, Aufenthaltsort und Umgebung. Sehr bald jedoch geräth er in

*) Die Kranke ist unter sehr starkem Ansteigen des Körpergewichtes nach 5monatlicher Dauer des Anfalles genesen, hat aber in den seither verflossenen 8 Jahren wieder zahlreiche leichte Depressionen und Erregungen durchgemacht.

langathmige, vom Hundertsten ins Tausendste führende Erzählungen, die er dann plötzlich mit irgend einer überraschenden Wendung schliesst: „entweder werde ich gesund oder krank oder den Kopf ab“. An den Namen Katharine knüpft er an: „Kathreiner-Kneipps-Malzkaffee — Fröhlich Pfalz, Gott erhalt's — Alles soll geröstet werden“. Seine Auffassung und sein Gedächtniss sind sehr gut; seine Angaben macht er mit einer gewissen scherzhaften Genauigkeit; er sei am 1. Juli, Freitag, 10 Minuten vor 6 Uhr in die Klinik gekommen. Er hält sich für gesund; man hätte ihn nicht hereinzubringen brauchen. Ueber die Aerzte und die Klinik macht er spottende Bemerkungen, ebenso über sich selbst; er schwatze närrisches Zeug, sei aber doch gescheidt, gescheidter als die Aerzte, die in Heidelberg doch nichts lernten. Als er uns zu duzen beginnt und wir ihm darüber unser Erstaunen ausdrücken, bricht er in eine Fluth von Schimpfworten aus, sucht sich darin immer noch mehr zu überbieten, um schliesslich mit schallendem Gelächter zu endigen. Seine Stimmung ist gehoben, übermüthig, sein Benehmen flott, stramm; er hält bei der Antwort die Hand wie zum militärischen Grusse an die Schläfe, spricht laut und kurz abgerissen wie bei einer Meldung, verfällt aber bald in gemüthlichen Erzählerton.

Der Zustand, in dem sich der Kranke befindet, ist, wie Sie schon erkannt haben werden, ebenfalls derjenige der manischen Erregung. Die Ablenkbarkeit seines Gedankenganges, die gehobene, wechselnde Stimmung und die motorische Unruhe, insbesondere die Redesucht sind deutlich genug. Auch nach anderen Richtungen hin würden Sie seinen Beschäftigungsdrang bewundern können, wenn Sie ihn auf der Abtheilung sehen würden, wie er seine Kleider in immer neuen Verschlingungen anordnet, aus seinem Bettzeug ein Pferd verfertigt, auf dem er reitet, oder einen Anker, das Sinnbild seines Berufes, wie er brüllt, singt und tanzt, gelegentlich auch zerstört, was ihm in die Hände fällt. Unsere aus der allgemeinen Erfahrung geschöpfte Vermuthung, dass der jetzige Anfall wohl nicht der erste sein wird, bestätigt sich auch hier. Der Kranke ist vor 8 Jahren zum ersten Male gekommen, seitdem aber schon zum 8. Male hier. Die Anfälle setzten jedesmal ganz plötzlich ein, die beiden ersten nach einem Falle ins Wasser, der dritte bei der Beerdigung seiner Tochter, die späteren ohne er-

kennbaren Anlass. Er wurde jedesmal sofort sehr erregt, entwickelte meist auch unsinnige Wahnideen, er sei Gott, Joseph in Aegypten, nannte die Umgebung mit dem Namen von Fürsten und Kaisern, musste wegen heftigsten Widerstrebens in der Zwangsjacke gebracht werden. Die Erregung schwand jedoch regelmässig schon nach 1—2 Wochen, so dass wir ihn sehr bald wieder entlassen konnten.

Die letzten 5 Aufnahmen fanden in diesem Jahre statt. Wir behielten den Kranken daher jetzt nach dem Schwinden der Erregung zunächst noch in der Klinik und konnten jeweils nach 4—5 Wochen das Einsetzen zweier neuer Anfälle hier beobachten. Den letzten derselben haben wir dadurch abzukürzen gesucht, dass wir dem Kranken sofort beim ersten Zeichen der Erregung 12 und dann 15 gr Bromnatrium täglich verabreichten. In der That ist der Anfall viel rascher und milder verlaufen, als die vorhergehenden; vielleicht dürfen wir hoffen, dass auch der nächste Anfall wieder länger ausbleibt*). Im übrigen haben wir bei dem Kranken dieselben Mittel angewendet, die sich auch sonst in manischen Zuständen bewähren, zunächst Bettruhe, dann aber, wenn sie sich als undurchführbar erwies, warme Dauerbäder, die wir halbe, auch ganze Tage lang, unter Umständen Monate hindurch, mit bestem Erfolge in Anwendung zu ziehen pflegen. Um die Kranken an die Bäder zu gewöhnen, sind im Anfange öfters einige Gaben Hyoscin oder Sulfonal nöthig; später aber pflegen sie ohne grosses Widerstreben in dem behaglich warmen Bade zu bleiben, in dem sie auch ihre Mahlzeiten einnehmen und sich etwas beschäftigen können. Bei manchen Kranken, wie gerade in unserem Falle, erweist sich schon die einfache Abtrennung von Anderen als ein wirksames Beruhigungsmittel, von dessen Anwendung man jedoch sofort abzusehen hat, wenn und so lange die Kranken Neigung zur Unreinlichkeit oder zum Zerstören zeigen. Bei freundlicher, ruhiger, sie nicht reizender Behandlung sind übrigens derartige „tobsüchtige“ Kranke weit harmloser, als man sich zunächst vorzustellen pflegt.

Bis hierher haben wir nur die Erregungszustände unseres

*) Nach einer ganz kurzdauernden, ebenfalls mit Brom behandelten Erregung 4 Wochen später ist der Kranke über 5 Monate gesund geblieben, dann noch einmal leicht erkrankt und jetzt schon wieder 4 Monate zu Hause.

Kranken betrachtet. Da sie am meisten ins Auge fallen, pflegt man derartige Krankheitsbilder in der Regel einfach als „periodische Manie“ zu bezeichnen. Es sind indessen auch hier sehr deutliche traurige Verstimmungen hervorgetreten. Namentlich nach dem Schwinden der Erregung war der Kranke öfters tagelang niedergeschlagen, gedrückt, still, meinte, er habe keine Freude mehr auf der Welt; es sei ein Elend, wenn man so dran sei wie er. Aber auch in die manische Erregung schoben sich Stunden ein, in denen er heftig weinte und sein trauriges Schicksal beklagte, um freilich bald wieder in die alte übermüthige Stimmung zurückzuverfallen. In diesen Schwankungen, die man auch bei heiterster Manie kaum jemals vermissen wird, prägt sich, wie mir scheint, nicht nur die tiefe innere Verwandtschaft der anscheinend so entgegengesetzten Zustände, sondern auch die klinische Einheit aller jener Krankheitsbilder aus, die man gewöhnlich als die verschiedenen Formen der einfachen und periodischen Manie wie des circulären Irreseins auseinanderzuhalten sucht. Gemeinsam ist ihnen allen die Neigung zu mehrfacher Wiederkehr im Leben wie der im allgemeinen günstige Ausgang des einzelnen Anfalles, auch wenn die Erscheinungen recht schwere sind und sehr lange andauern.

VIII. Vorlesung.

Manisch-depressive Mischzustände.

M. H.! Wenn die verschiedenartige Färbung, Schwere und Dauer der einzelnen Anfälle den Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins schon eine ausserordentlich mannichfaltige Gestalt giebt, so wird dieser Formenreichthum durch die Betrachtung einiger weiterer Fälle noch eine wesentliche Vermehrung erfahren. Sie sehen einen 50jährigen, ungemein kräftig gebauten, aber schlecht genährten Mann vor sich, der sich seit wenigen Wochen in der Klinik befindet. Der Kranke wendet sich auf meine Anrede zu mir und giebt auf die Fragen über seine persön-

lichen Verhältnisse langsame und schwerfällige, aber richtige Auskunft. Bisweilen muss man die Fragen mehrmals wiederholen, weil der Kranke nicht aufmerkt, sondern sich im Zimmer umsieht, mit den Fingern auf den Tisch trommelt, plötzlich aufsteht oder dem Arzte die Hand hinstreckt. Den Zeitpunkt seiner Aufnahme giebt er ganz verkehrt an, meint, er sei hier „im Schloss"; es sei so schön hier. Krank sei er nicht; es gehe ihm sehr gut; er sei da, „um Frieden zu schliessen mit uns Allen". Dabei bricht er in ein herzliches Lachen aus, so dass man nicht darüber klar wird, ob seine Aeusserung nicht scherzhaft gemeint war. Die Aerzte kennt er, aber nicht mit Namen; „das müssen Sie doch besser wissen, als ich". Rechenaufgaben löst er bald richtig, bald falsch, fügt gewöhnlich hinzu: „stimmt auffallend". Seine sonstigen Kenntnisse sind, soweit sich das beurtheilen lässt, ganz gute, doch meint der Kranke sehr oft: „Ich muss mich erst mal besinnen", lässt sich mehrmals fragen, bis er endlich nach einigen falschen die richtige Antwort bringt. Seine Stimmung ist heiter, gehoben; er sitzt mit strahlender Miene da und lacht oft glücklich vor sich hin, macht spasshafte Bemerkungen und schickt sich an, mit dröhnender Stimme ein Lied zu singen. Dabei ist sein Benehmen fast ganz ruhig; die Bewegungen sind auffallend langsam und plump, aber kräftig; die dargereichte Hand drückt er sehr stark, hält sie fest. Er spricht nur wenig, kurz abgebrochen, geräth sehr bald ins Stocken, um mit Lachen zu schliessen. Aufgefordert, seinen Namen an die Tafel zu schreiben, malt er die einzelnen Buchstaben ungemein langsam und mit sehr starkem Druck, fügt dann noch eine Reihe von anderen Namen hinzu. Beim Fortgehen grüsst er laut und legt die Hand militärisch an den Kopf. Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser leichtem Schwanken bei geschlossenen Augen und einem linksseitigen Leistenbruche keine bemerkenswerthen Störungen.

Der vorliegende Zustand lässt sich zunächst in keines der bisher betrachteten Krankheitsbilder einordnen. Auf der einen Seite treten uns die Zeichen des Stupors entgegen, die Unklarheit der Auffassung, die Unbesinnlichkeit, die Gedankenarmuth, die Schwerfälligkeit der Willensäusserungen; andererseits wieder lässt sich eine gewisse Ablenkbarkeit, gehobene Stimmung und leichte motorische Unruhe nachweisen. Unter diesen Umständen ist zu-

nächst die Frage aufzuwerfen, ob wir es nicht etwa mit einer Paralyse zu thun haben, bei der ähnliche Bilder zu Stande kommen können. Allein die körperliche Untersuchung hat uns keinen Anhalt für eine derartige Annahme geliefert; weder Pupillen noch Sprache noch Reflexe oder Schmerzempfindlichkeit bieten die Zeichen der paralytischen Erkrankung dar. Dazu kommt, dass auch das Gedächtniss weniger gestört ist, als es zunächst den Anschein hat; der Kranke ist nur benommen und etwas verwirrt, so dass er sich nach seiner eigenen Angabe auch auf einfache Antworten erst besinnen muss. Schliesslich findet er jedoch meist das Richtige, im Gegensatze zum Paralytiker, der seine Unsicherheit und die Widersprüche in seinen Angaben gar nicht bemerkt. Dass der Zustand nicht etwa als katatonischer Stupor aufzufassen ist, liegt auf der Hand. Die Aufmerksamkeit des Kranken ist leicht zu erregen, aber er fasst schwer auf; seine Stimmung ist nicht gleichgültig oder läppisch, sondern wirklich fröhlich und glücklich; in seinem Handeln tritt kein Negativismus, keine Stereotypie oder Befehlsautomatie hervor, sondern ein eigenthümliches Gemisch von Gebundenheit und Erregung. Endlich wird auch die Annahme eines epileptischen Stupors, ganz abgesehen von der langen Dauer des Zustandes, deswegen auf Schwierigkeiten stossen, weil hier gänzlich die gemüthliche Spannung und Reizbarkeit fehlt, die jenen Zustand auszuzeichnen pflegt.

Den Weg zur richtigen Deutung des eigenartigen Bildes zeigt uns die Thatsache, dass der Kranke früher schon dreimal Geistesstörungen durchgemacht hat. Sein Vater und ein Bruder haben sich ertränkt; eine Schwester soll in der Jugend irrsinnig gewesen sein. Er selbst litt als Kind an Veitstanz, war später immer ein sehr ruhiger, in sich gekehrter, nüchterner Mann, der seit dem 25. Jahre in glücklicher Ehe lebt, aber keine Kinder hat. Zum ersten Male erkrankte er mit 31 Jahren, wurde traurig, tiefsinnig, machte sich übertriebene Sorgen wegen eines Bandwurmes, an dem er litt, und der nun zum Ohr herauskomme, hörte auf, zu arbeiten. Nach kurzer Zeit war er wieder gesund. Der zweite Anfall setzte 7 Jahre später mit Grössenideen ein. Der Kranke wollte eine neue Maschine aufstellen, meinte, er brauche nichts mehr zu arbeiten, war geschlechtlich sehr erregt, wurde tobsüchtig und gewaltthätig gegen seine Frau, so dass er in der Zwangsjacke

gehalten werden musste; er schlief und ass fast gar nichts. Hier in der Klinik, wohin er alsbald gebracht wurde, war er verworren, ängstlich, äusserte Verfolgungsideen, musste mit der Sonde ernährt werden, erkrankte dann an einer Schluckpneumonie und wurde schon nach 4 Wochen von seiner Frau wieder nach Hause genommen.

Der dritte Anfall begann 4 Jahre später mit trauriger Verstimmung, an die sich sehr rasch eine tobsüchtige Erregung anschloss. Der Kranke bot damals in der Klinik, wie es scheint, ein ganz ähnliches Bild dar wie jetzt, sehr mässige Unruhe bei heiterer, selten gereizter Stimmung und Neigung zu lustigen Streichen. Die Genesung erfolgte nach 8 Monaten. Dieses Mal begann der Anfall mit Schlaflosigkeit, Unruhe und rasch sich steigernder Verwirrtheit. Im Anfange scheint der Kranke auch einzelne Sinnestäuschungen gehabt zu haben; er hörte Singen, Zurufe, sah ein rothes Kissen, das England bedeutete, ein Hemd, das ein Herz darstellte, äusserte, er sei der Sohn Gottes, wolle die Welt erlösen, könne alle Krankheiten heilen, habe alles verwandelt. Er verkannte die Personen, nannte den Arzt König von Bayern, wollte ihn umarmen und küssen, machte plumpe Scherze, hieb kräftig auf die dargebotene Hand, schwenkte sein Betttuch Anderen ins Gesicht, war aber leicht lenkbar, nur hie und da zornig erregt, durch eine Cigarre stets leicht zu beruhigen. Ganz vorübergehend wurde heftiges Weinen und Jammern beobachtet*).

Wie Sie sehen, trugen die beiden ersten Anfälle wesentlich depressive, die beiden letzteren expansive Färbung. Während aber schon im zweiten Anfalle neben der ängstlichen Verworrenheit Grössenideen auftraten, haben wir jetzt und im vorhergehenden Anfalle eine Verbindung von heiterer Stimmung mit einer Erschwerung des Denkens und Handelns. Dabei entspricht der klinische Verlauf des Leidens in einer Reihe günstig ausgehender Anfälle ganz demjenigen des manisch-depressiven Irreseins. In der That haben wir es hier mit Zuständen zu thun, in denen sich die sonst verschiedenen Anfällen angehörigen oder doch nach einander auftretenden Krankheitszeichen in merkwürdiger Weise mit einander vermischen. Während im manisch-depressiven

*) Der Kranke befindet sich jetzt, nach 16 monatlicher Krankheitsdauer, unter langsamem Ansteigen des Körpergewichtes in fortschreitender Besserung.

Irresein gewöhnlich heitere Stimmung mit Erleichterung der Willensauslösungen, depressive mit Hemmung derselben einhergeht, verbindet sich hier Hemmung des Denkens und Handelns mit gehobener Stimmung. Auf diese Weise entsteht das Bild des „manischen Stupors“, in dem die Kranken unbesinnlich, gedankenarm, schwerfällig, wenig gesprächig, bisweilen fast stumm sind, während sich doch ihre übermüthige Stimmung in allen möglichen Streichen, Ausschmückungen, scherzhaften Bemerkungen und Wortspielen Luft macht.

Eine ganz andere Form von Mischzustand bietet der 33jährige Landwirth dar, den ich Ihnen nunmehr vorstelle. Der Kranke giebt über seine persönlichen Verhältnisse geordnete Auskunft, weiss, wo er sich befindet, kennt die Aerzte, ist aber zeitlich nicht ganz klar. Er verhält sich zunächst ruhig, geräth aber im Laufe der Unterhaltung mehr und mehr in Erregung, bittet dringend, man möge ihn doch nach Hause lassen zu seiner Frau und seinen Kindern, ihm noch einmal Gnade schenken; ob man es denn verantworten könne, ihn für immer und ewig ins Zuchthaus zu thun? Die Wärter hätten es gesagt; an den gekreuzten Löffeln habe er es gesehen, dass man ihn fesseln wolle; die 5 Teller auf einander hätten bedeutet, dass er nicht mehr zu seiner Familie komme, 4 zu Hause und einer hier. Er sehe wohl, dass man ihn als unheilbar betrachte, und werde keinen Bissen mehr essen. Durch seinen Aufenthalt hier stehle er seinen Kindern das Geld. Morgen werde er ganz gewiss hingerichtet, aber warum habe er auch nicht darauf geachtet, was das bedeutet habe, wie die Tasse zerbrochen war und das Geschirr so auf dem Tische stand. Er hätte sagen sollen: „Ich weiss nicht, warum“ und seine Kleider verlangen. In dieser verworrenen Weise redet er weiter, lässt sich nur für kurze Zeit unterbrechen, um sein Jammern sofort wieder von neuem zu beginnen. Dabei verräth er lebhafte gemüthliche Erregung, ringt die Hände, will niederknieen, stöhnt und weint laut. Dennoch ist sein Gesichtsausdruck nicht eigentlich traurig. Er blickt lebhaft und mit glänzenden Augen um sich, antwortet zwischendurch auf Fragen ganz sachgemäss, ist bereit, einen Vertrag zu machen, dass er 8 Tage lang nicht reden und regelmässig essen wolle, wenn er so heim komme, drängt halb scherzhaft, dass man ihm die Hand darauf geben möge, geräth aber dann wieder in seinen früheren

Redestrom hinein. Die körperliche Untersuchung ergiebt keine bemerkenswerthen Abweichungen.

Das Zustandsbild ist somit bei dem Kranken dasjenige einer Depression. Fragen wir uns nach der klinischen Bedeutung derselben, so werden wir zunächst an die Möglichkeit einer Melancholie denken, da eine Paralyse wegen des Fehlens körperlicher Störungen, ein circulärer Depressionszustand im Hinblick auf die völlige Freiheit der Willensauslösung wenig wahrscheinlich ist. Die einzigen Zeichen, die nicht so ganz in das Bild der Melancholie hineinpassen, sind vielleicht die grosse Redseligkeit des Kranken und die Leichtigkeit, mit der es gelingt, ihn, wenn auch nur vorübergehend, abzulenken.

Blicken wir nun zurück auf die Entwicklung des Zustandes, so erfahren wir, dass der Kranke aus gesunder Familie stammt, aber einen geisteskranken Sohn hat; zwei andere Kinder sind gesund. Er machte den Feldzug 1870 mit, war ein ruhiger, nüchterner Arbeiter, gesund bis zu seinem 43. Jahre, wo er wegen „Melancholie“ in der hiesigen Klinik behandelt wurde und nach kurzer Zeit genas. Jetzt ist er seit etwa einem Jahre wieder erkrankt. Der Beginn war ein allmählicher. Der Kranke machte sich unbegründete Sorgen, arbeitete verkehrt, äusserte Selbstmordgedanken. Nach seiner Aussage wusste er Morgens nicht, ob er hinausfahren oder hereinfahren, ob er den Mist hierhin oder dahin bringen solle; schliesslich habe seine Frau gesagt: „Nun fahre doch endlich einmal fort“. Manche Tage sei es ihm ganz gut gegangen; dann habe er wieder gemeint, er könne sich gar nicht mehr freuen; wozu solle er noch weiter leben! Oft sei er auch gereizt und zornig gewesen; nachher habe es ihn wieder gereut.

Bei der Aufnahme in die Klinik vor einem halben Jahre war der Kranke in heiterer Stimmung, zeigte lebhaften Rededrang und kein Krankheitsgefühl, meinte, jetzt könne er sich wieder leicht zu allem entschliessen, was ihm früher so sehr schwer geworden sei. Allein schon in den nächsten Tagen änderte sich das Bild ganz plötzlich. Der Kranke wurde unbesinnlich, vermochte nur mit Mühe die Namen seiner Kinder anzugeben, zeigte lebhafte Angst, meinte, er sei zum Tode verurtheilt, rutschte knieend auf dem Boden herum, verweigerte die Nahrung. Aber auch dieser Zustand verschwand rasch wieder, und es entwickelte sich nun ein ganz unregelmässiger

Wechsel zwischen gehobener und ängstlicher Stimmung, der sich bisweilen innerhalb weniger Stunden vollzog.

Allmählich jedoch gewann die Angst immer mehr die Oberhand. Widerspruchsvolle Versündigungs- und Verfolgungsideen tauchten auf und verschwanden; zugleich hatte der Kranke die Neigung, jedes Vorkommniss in seiner Umgebung in der schon früher angedeuteten Weise auf sich zu beziehen. Besonders plagte ihn der Zwang, bei allen Wahrnehmungen zu sagen: „Ich weiss nicht warum“, damit kein Unheil für ihn daraus erwachse. Gerade in seinem „Beziehungswahn“ trat sehr deutlich die grosse Ablenkbarkeit des Kranken hervor, die ihn immer neue Anknüpfungen finden liess, während die alten rasch vergessen wurden. Während der ganzen Krankheit bestand eine grosse motorische Unruhe, die sich in lebhaften Geberden, fortwährendem Herumwandern und namentlich in ungemein starkem Rededrange äusserte. Bemerkenswerth war dabei die Steigerung der Erregung durch das Sprechen selbst. Sobald man den Kranken anredete, schwoll sein Redestrom unfehlbar rasch an, wenn er sich vorher noch so fest vorgenommen hatte, ruhig zu bleiben. In der letzten Zeit ist bei ihm vorübergehend auch wieder eine mehr heitere, zuversichtliche Stimmung hervorgetreten.

Aus diesem Verlaufe wird es klar, dass es sich hier nicht um eine melancholische Erkrankung handeln kann. Dagegen spricht ausser dem frühen Auftreten des ersten Anfalles der Erkrankung durchaus die entschieden manische Färbung des Zustandes in den ersten Wochen des vorliegenden Anfalles. Zugleich entnehmen wir aus den Erzählungen des Kranken, dass die Entschlusslosigkeit, die wir als Zeichen der circulären Depression früher kennen gelernt haben, bei ihm in der ersten Krankheitszeit sehr deutlich ausgeprägt war; ebenso konnten wir eine Denkhemmung hier vielfach ohne Schwierigkeit nachweisen. Der Zustand des Kranken hat somit im Beginne des jetzigen Anfalles die uns bekannten Zeichen der circulären Depression, Hemmung des Denkens und Wollens, späterhin zeitweise diejenigen der manischen Erregung, heitere Stimmung mit Rededrang, allerdings ohne deutliche Ideenflucht, dargeboten. Sodann ist nach einer Zeit des Hin- und Herschwankens die traurig-ängstliche Verstimmung wieder stärker geworden, während die motorische Er-

regung fortbestand. Nach unserer Ansicht gehört auch dieses Krankheitsbild unter die Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins und ist als ein Mischzustand von psychomotorischer Erregung mit depressiver Stimmung zu deuten. Der Kranke zeigt uns somit, wie wir glauben, das gerade Gegenstück zu dem Bilde des vorigen Falles, bei dem wir heitere Verstimmung neben psychomotorischer Hemmung feststellen konnten. Die Gründe für diese unsere Auffassung entnehmen wir hauptsächlich dem deutlichen, wenn auch vorübergehenden Hervortreten der gewöhnlichen manischen und depressiven Zustandsbilder neben den geschilderten Mischzuständen bei demselben Kranken in demselben oder in verschiedenen Anfällen.

Der Werth dieser Deutung liegt darin, dass wir durch sie ein klares Urtheil über den weiteren Verlauf der Erkrankung gewinnen. Wissen wir, dass diese eigenartigen Zustände nur Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins darstellen, so werden wir für den gegebenen Anfall Genesung, für späterhin allerdings mit Wahrscheinlichkeit eine Neuerkrankung in der gleichen oder einer anderen Form der circulären Zustandsbilder erwarten dürfen. Wie es scheint, besteht vielfach bei demselben Kranken die Neigung, jedesmal in einen Mischzustand gleicher Art zu verfallen; bisweilen, wie in unserem ersten Falle, bildet sich diese Neigung erst späterhin heraus, doch können sich auch zwischen mehrere Mischzustände wieder gewöhnliche Anfälle einschieben. Im allgemeinen scheinen Mischzustände etwas schwerere Formen der Erkrankung darzustellen, als die einfachen Anfälle*).

Schon mehrfach sind uns beim manisch-depressiven Irresein Wahnbildungen begegnet, meist Versündigungs- und Verfolgungsideen, seltener Grössenideen. Diese Wahnvorstellungen gehören nicht nothwendig zum Krankheitsbilde. Sie können völlig fehlen, können aber auch so stark entwickelt sein, dass sie dem ganzen Zustande ein fremdartiges Gepräge geben. Sie sehen hier einen 19jährigen Musikschüler vor sich, der seit etwa einem Jahre erkrankt ist. Sein alter Vater ist in Folge mehrerer Schlaganfälle gelähmt; ein Bruder desselben soll geisteskrank gewesen sein. Der

*) Der Kranke ist nach 20monatlicher Dauer des Anfalles unter starker Zunahme seines Körpergewichtes vollständig genesen.

sehr begabte Kranke wurde, als er auf der Musikschule studirte, ohne greifbaren Anlass verstimmt, fühlte sich unbehaglich, vereinsamt, machte allerlei Pläne, Aufenthaltsort und Beruf zu wechseln, die er immer wieder aufgab, da er zu keinem bestimmten Entschlusse kommen konnte. Bei einem Besuche in München hatte er das Gefühl, als ob die Leute auf der Strasse ihm etwas zu sagen hätten, als ob überall über ihn gesprochen würde. In einem Wirthshause hörte er eine anzügliche Bemerkung vom Nachbartische, auf die er grob antwortete. Am nächsten Tage erfasste ihn die Angst, dass seine Bemerkung als Majestätsbeleidigung aufgefasst werden könne; er hörte, dass Studenten vor der Thüre nach ihm fragten, und verliess München Hals über Kopf unter allen möglichen Vorsichtsmassregeln, da er sich unterwegs begleitet und verfolgt glaubte. Seitdem hörte er auf der Strasse Leute, die ihn zu erschiessen, sein Haus anzuzünden drohten, brannte deswegen in seinem Zimmer kein Licht. Auf der Strasse zeichneten ihm die Stimmen den Weg vor, den er gehen durfte, um nicht erschossen zu werden. Ueberall hinter Thüren, Fenstern, Zäunen schienen ihm Verfolger zu lauern; auch vernahm er lange Gespräche nicht sehr schmeichelhaften Inhalts über seine Person. In Folge dessen zog er sich von allem Verkehr zurück, benahm sich aber doch so geordnet, dass seine eigenen Angehörigen, die er besuchte, nichts von seinen Wahnvorstellungen merkten. Schliesslich brachten ihn die vielen höhnischen Zurufe, die er bei jeder Gelegenheit hörte, auf den Gedanken, sich zu erschiessen.

Nach einem halben Jahre etwa fühlte er sich freier, „wohlig, unternehmungslustig, heiter“, begann viel zu reden, zu componiren, kritisirte alles, schmiedete grosse Pläne, wurde unbotmässig gegen seine Lehrer. Dabei dauerten die Stimmen, die er als Einflüsterungen höherer Geister auffasste, fort. Auch Gesichtstäuschungen traten nun massenhaft hervor. Der Kranke sah Beethovens Bild vor Freude über sein Genie erglühen, Goethe, den er schlecht gemacht hatte, drohen; vermummte Greise, weibliche Idealgestalten schwebten durch sein Zimmer. Er sah Blitze und herrliche Farbenspiele, die er zum Theil als Ausfluss seines grossen Genies, zum Theil als Beifallsbezeugungen Verstorbener deutete. Nunmehr betrachtete er sich als den Messias, predigte öffentlich gegen die Prostitution, wollte ein ideales Verhältniss mit einer

Musikschülerin anknüpfen, die er in fremden Häusern suchte, componirte das „Hohe Lied der Liebe“ und wurde wegen dieses unschätzbaren Werkes von seinen Neidern, wie er meinte, in die Irrenanstalt gebracht.

Der Kranke ist völlig besonnen und giebt über seine persönlichen Verhältnisse zusammenhängende Auskunft. Ueber Zeit und Ort ist er klar, verräth aber, dass er seine Lage wahnhaft beurtheilt, uns für Hypnotiseure hält, die mit ihm Versuche machen wollen. Als krank betrachtet er sich nicht, höchstens als etwas nervös überreizt. Durch vorsichtiges Fragen erfahren wir, dass alle Leute seine Gedanken wissen; wenn er schreibt, so werden die Worte vor der Thüre nachgesprochen. Im Knarren der Dielen, im Pfeifen der Eisenbahn vernimmt er Zurufe, Ermahnungen, Befehle, Drohungen; in der Nacht erscheint ihm Christus oder eine goldene Figur als Geist seines Vaters; durch das Fenster werden farbige Zeichen von besonderer Bedeutung gegeben. Bei längerer Unterhaltung verliert der Kranke sehr rasch den Zusammenhang und bringt schliesslich eine Folge tönender Redensarten vor, die unvermuthet mit irgend einer scherzhaften Frage abschliessen. Seine Stimmung ist übermüthig, selbstbewusst, meist liebenswürdig, selten vorübergehend gereizt oder ängstlich. Der Kranke redet viel und gern, hält auf der Abtheilung laute Selbstgespräche, marschirt stürmisch auf und ab, nimmt sich mehr als erwünscht seiner Mitkranken an, sucht sie zu trösten und zu behandeln. Auch mit Briefschreiben und Componiren ist er viel beschäftigt, liefert aber nur flüchtige, liederlich hingeworfene, mit zahlreichen Randbemerkungen beschriebene Arbeit. Körperlich ist er gesund.

Die Deutung dieses Zustandes ist auf den ersten Blick nicht leicht. Von den bisher besprochenen Krankheiten käme vielleicht in erster Linie die Dementia praecox in Betracht, namentlich gewisse Formen derselben, die wir später noch zu behandeln haben werden. Gegen diese Annahme spricht jedoch mit Entschiedenheit die ungemein frische, lebhafte Stimmung des Kranken, sein Interesse an der Umgebung, seine Zugänglichkeit, sein Beschäftigungsdrang. Auch fehlen gänzlich die mannichfachen Absonderlichkeiten des Handelns und Benehmens, die wir bei jener Krankheit so sehr im Vordergrunde stehen sahen. Dagegen weist uns die Ablenkbarkeit, wie sie sich in seinen immerfort abspringenden, leicht

den Faden verlierenden Erzählungen äussert, die heitere, übermüthige Stimmung, der Rede- und Thatendrang auf die Zugehörigkeit des Zustandes zum manisch-depressiven Irresein hin. Für diese Auffassung spricht aber namentlich auch der eigenthümliche Umschlag aus dem unlustigen, entschlusslosen ersten zum wohligen, thatenfrohen zweiten Abschnitte der Krankheit. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind kein so wesentliches klinisches Merkmal, dass sie genügen würden, um eine andere Diagnose zu begründen; sie können in einem Anfalle des Leidens bei demselben Kranken fehlen, im anderen vorhanden sein. Ist unsere Annahme richtig, so werden wir unserem Kranken in absehbarer Zeit völlige Genesung, dafür allerdings für später die Möglichkeit einer Wiedererkrankung in Aussicht stellen können*).

IX. Vorlesung.

Katatonische Erregung.

M. H.! Der Kranke, den ich Ihnen heute zeige, muss fast herein getragen werden, da er in gespreizter Stellung auf dem Aussenrande der Füsse geht. Beim Eintreten schleudert er seine Pantoffeln von sich, singt laut einen Choral und schreit hinterher ein paarmal: „My father, my real father!“ Es ist ein 18jähriger Oberrealschüler, gross, ziemlich kräftig gebaut, aber von blasser Hautfarbe, auf der ungemein häufig ein flüchtiges Erröthen hervortritt. Der Kranke sitzt mit geschlossenen Augen da und kümmert sich gar nicht um seine Umgebung. Auch auf Anreden blickt er nicht auf, antwortet aber, indem er leise beginnt und allmählich immer lauter schreit. Gefragt, wo er sich befinde, sagt er: „Das wollen Sie auch wissen; ich sag's Ihnen schon, wer abgepasst wird und abgepasst ist und abgepasst sein soll. Ich weiss das alles

*) Der Kranke ist völlig genesen und nunmehr über 8 Jahre dauernd gesund.

und könnt's Ihnen sagen, aber ich mag nicht gern". Auf die Frage nach seinem Namen schreit er: „Wie ist Ihr Name? Was schliesst er? Die Augen schliesst er. Was hört er? Er fasst nicht auf; nicht auffassen thut er. Wie? Wer? Wo? Wann? Was dem einfällt; wenn ich sag', er soll gucken, guckt er erst recht nicht. Du da, guck' einmal! Was ist? Was giebt's? Merkt auf; nicht auf merkt er. Wenn ich's sag', was ist denn? Warum giebst mir denn kein' Antwort? Wirst wieder frecher? Wie kannst so frech sein? Dir komm' ich! Dir will ich's zeigen. Du wirst mir keine Hur'. Du musst auch nicht gescheidt sein; Du bist ein frecher Lausbub', ein frecher, saudummer Lausbub'. So ein frecher, unverschämter, elender Lausbub' ist mir noch nie begegnet. Will wieder anfangen? Du verstehst ja gar nichts, ja gar nichts; gar nichts versteht er. Wenn Du jetzt folgst, will nicht folgen, nicht folgen will; wirst noch frecher, noch frecher wirst? Wie die aufpassen, aufpassen thun sie" u. s. f. Zum Schlusse schimpft er in ganz unarticulirten Lauten.

Der Kranke fasst vorzüglich auf, hat auch in seine Reden manche vorher gehörten Wendungen verflochten, ohne dabei jemals aufzusehen. Er spricht geziert, bald kindisch lallend, bald lispelnd und anstossend, singt dazwischen plötzlich, schneidet Gesichter. Aufforderungen befolgt er in absonderlicher Weise, giebt die Hand zur Faust geballt, geht auf Verlangen an die Tafel, schreibt aber nicht, sondern schlägt plötzlich eine Lampe herunter und wirft die Kreide unter die Hörer. Er macht allerlei sinnlose Bewegungen, stösst den Tisch von sich, dreht sich mit gekreuzten Armen sammt dem Stuhl um sich selbst, sitzt mit übereinandergeschlagenen Beinen, die Hände auf dem Kopfe, balancirend da; zugleich ist Katalepsie nachweisbar. Beim Abschiede will er nicht aufstehen, muss geschoben werden, ruft laut: „Guten Morgen, meine Herren; mir hat's nicht gefallen". Von körperlichen Störungen ist nur eine bedeutende Pulsbeschleunigung bis zu 160 Schlägen bemerkenswerth.

Der Kranke könnte auf den ersten Blick vielleicht für manisch gehalten werden. Die genauere Betrachtung zeigt uns jedoch eine ganze Reihe abweichender Züge. Dahin gehört zunächst die Unzugänglichkeit des Kranken. Obgleich er zweifellos alle Fragen verstanden hat, gab er uns doch keine einzige brauchbare Auskunft. Seine Reden knüpften wohl an die Fragen an, enthielten

aber keine Antwort, sondern eine Reihe unzusammenhängender Sätze, die weder zu der Frage noch zu der ganzen Sachlage in irgend einer Beziehung standen. Ferner liess sich in seinen Reden sehr deutlich die mehrfache Wiederholung derselben Wendungen verfolgen, und endlich arteten dieselben bald in wüste Schimpfereien aus, ohne dass ein äusserer Anlass dazu vorgelegen oder der Kranke selbst stärkere Erregung verrathen hätte. Einige dieser Zeichen haben wir früher schon kennen gelernt, so den Negativismus, der sich in dem Verweigern der Antwort, vielleicht auch in dem dauernden Schliessen der Augen kundgiebt, ebenso die Stereotypie. Neu hinzu kommt die Sprachverwirrtheit, das völlig zusammenhangslose Gerede ohne Unbesinnlichkeit und ohne starke Erregung, ein Zeichen, das den manischen Zuständen in dieser Form fremd ist. Freilich können auch manische Kranke verwirrt reden, aber sie verlieren den Zusammenhang so vollständig höchstens vorübergehend und in den schwersten Erregungszuständen bei stärkerer Bewusstseinstrübung. Selbst dann aber gelingt es fast immer, wenigstens diese oder jene zutreffende Antwort von ihnen zu erhalten. Ebenso treffen wir die grobe Unfläthigkeit der Reden, die man als „Koprolalie“ zu bezeichnen pflegt, bei manischen Kranken nur, wenn sie sehr gereizt sind.

Als weitere diagnostisch bedeutsame Zeichen sind bei unserem Kranken die Katalepsie, die plötzlichen, triebartigen Handlungen, das Gesichterschneiden und das gezierte, sonderbare Benehmen anzuführen. Seine merkwürdigen Stellungen, seine zwecklosen Bewegungen, die wunderlichen Umgestaltungen alltäglicher Handlungen, des Gehens, Sprechens, Handgebens, die sog. „Manieren“, sind es hauptsächlich, die uns den Unterschied gegenüber dem frischen, uns Gesunden weit verständlicheren Thätigkeitsdrange des Manischen deutlich machen. Während bei diesem Letzteren die Unsinnigkeit des Handelns nur durch die starke Ablenkbarkeit entsteht, durch die rasche Folge immer neuer, unvollkommen zur Entwicklung gelangender Antriebe, sind hier die Antriebe selbst völlig ziellos und folgen keineswegs schnell aufeinander, wenn auch dieser oder jener Antrieb einmal mit gewaltsamer Plötzlichkeit in Handeln umgesetzt wird. Dort trägt daher das Handeln den Stempel des Flüchtigen, Ueberstürzten, hier den des Unbegreiflichen und Läppischen. Dazu kommt dort die über-

6*

müthige, ausgelassene Stimmung, während hier trotz aller äusserer Unruhe doch das Fehlen tieferer gemüthlicher Erregung klar genug hervortritt.

Wir werden nach diesen Erörterungen nicht zögern, den vorliegenden Zustand nicht dem manisch-depressiven Irresein, sondern der Dementia praecox zuzurechnen, deren kennzeichnende Züge, gute Auffassung neben gemüthlicher Verödung und verschiedenartigen Willensstörungen, wir hier wiederfinden. Der Vater unseres Kranken war Trinker und vorübergehend geisteskrank; auch dessen Mutter soll getrunken haben. Der Kranke selbst war immer still, sehr fleissig, von mittlerer Begabung. Vor 7 Monaten, in den Schulferien, fing er plötzlich an, ganz unsinnig zu lernen, wurde dann verwirrt, glaubte, man lache ihn aus, weil er schmutzig sei, wusch sich den ganzen Tag, hatte Angst, man hole seine Sachen, schlage die Scheiben ein, schien auch Stimmen zu hören, griff ohne Anlass seine Mutter an, liess unter sich gehen und sprach kein Wort mehr. Auch in der Klinik war er zunächst stumm, kataleptisch, gab steif und ruckweise die Hand, verweigerte allmählich vollkommen die Nahrung. Der Gesichtsausdruck war meist ganz gleichgültig, zeitweise heiter; die Besuche der Angehörigen machten gar keinen Eindruck.

Die Vorgänge in der Umgebung fasste der Kranke gut auf, befolgte jedoch Aufforderungen in der Regel nicht, that vielmehr bisweilen geradezu das Gegentheil davon. So kniff er die Augen zu, als von seinen Pupillen gesprochen wurde, deckte sich das Taschentuch über das Gesicht, wenn man letzteres ansehen wollte, zog die Hand weg, sobald er sie reichen sollte. Oefters war er unrein, schmierte sogar und drehte Kügelchen aus Koth, ein Zeichen erheblicher gemüthlicher Abstumpfung. Nach längerer Nahrungsverweigerung verlangte der Kranke plötzlich Schweizerkäse, dann Chocolade, um beides gierig zu verzehren; wir erkennen daraus deutlich die sinnlose Triebartigkeit der Nahrungsverweigerung. Einmal legte er sein ausgestrecktes Bein in das Nachbarbett, verharrte auch in dieser Stellung, als jenes fortgerückt wurde. Im 7. Monate der Krankheit begann der Kranke erregt zu werden, nachdem er vorher aus seiner Stummheit heraus schon bisweilen gesungen hatte. Mitten in der Nacht warf er sein Bettzeug heraus, wippte rhythmisch auf dem Rost auf und nieder

und schrie unaufhörlich: „Jetzt will ich wissen, wo mein Bruder ist!“ Seitdem befindet er sich in steter Erregung, zerstört, ist unrein, schimpft und spricht verwirrt. Seinen Angehörigen, denen er bei Besuchen nur die Esswaaren abnahm, ohne mit ihnen weiter viel zu sprechen, theilte er brieflich mit, dass er über Gibraltar nach Kamerun und über Constantinopel nach Bukarest reisen werde.

Unsere aus dem augenblicklichen Bilde gewonnene Ansicht, dass es sich hier um einen der Dementia praecox zugehörigen Zustand handle, wird durch die bisherige Entwicklung des Falles vollkommen bestätigt. Die Krankheit hat in der gewöhnlichen Weise mit ängstlicher Verwirrtheit begonnen; dann folgte ein unzweifelhaft katatonischer Stupor, an den sich ziemlich plötzlich die jetzige Erregung anschloss. Die von uns wiederholt gekennzeichneten Grundzüge des Krankheitsbildes sind in den beiden, äusserlich so sehr von einander verschiedenen Zuständen dieselben geblieben*).

Auch unsere zweite Kranke heute, ein 29jähriges Mädchen, zeigt lebhafte Unruhe. Hereingeführt lässt sie sich auf den Boden gleiten, wälzt sich herum, strampelt mit den Beinen, klatscht in die Hände, zupft, zerwühlt sich die Haare, reisst ein ganzes Büschel heraus, schneidet Gesichter, verhüllt sich, spuckt um sich. Auf Anreden oder Stechen mit einer Nadel reagirt sie meist gar nicht, widerstrebt aber heftig, wenn man ihre Hand ergreifen, ihr Wasser einflössen will. Sie befolgt keinerlei Aufforderungen, zeigt die Zunge nicht, schliesst die Augen, sobald man sie untersuchen will. Aus einzelnen, rasch hingeworfenen Antworten und Bemerkungen geht jedoch hervor, dass sie nicht nur die Fragen versteht, sondern auch über ihre Umgebung ziemlich klar ist. Meist allerdings ruft sie laut ganz sinnlose, abgerissene Worte, die in gar keiner Beziehung zu ihrer Lage stehen: „Pupp — Bups — Moll — Sie wissen ja — Temperatur — Feuerversicherungs — Wasser — Weinheim — Wasser — Kreolin — Straf Sie Gott — 20 Mark — Sag, was — Wasser — Kreolin — Sieh nicht hinein — 20 Mark — Sag, was ist — Weg damit — Danke schön — 20 Mark — Sag, was willst — Straf sie Gott — Wasser — Ich nicht — 20 Mark — So — Straf sie Gott — Liebes Kind — So — Feuerschau — Bleib daheim mit Deiner

*) Der Kranke ist vor einem Jahre in eine Pflegeanstalt überführt und seither von dort gebessert in die Familie entlassen worden.

Frau — Schätze, au — Sau — sag, was willst — Danke schön" u. s. f. Dazwischen krächzt und kräht sie, fängt dann plötzlich an, mit Ausdruck einen Choral zu singen, geht in einen Gassenhauer über, lacht ausgelassen und bricht ebenso unvermittelt in lautes Schluchzen aus. Der Ernährungszustand der zart gebauten Kranken ist sehr schlecht; ihre Lippen sind rissig, mit Krusten bedeckt; der Kopf ist geröthet, der Puls stark beschleunigt. Im Munde sind frische syphilitische Geschwüre vorhanden, die sich allerdings bei dem starken Widerstreben der Kranken nur unvollkommen untersuchen lassen.

Was an diesem schweren Erregungszustande auffällt, ist zunächst der Gegensatz zwischen der völligen Verworrenheit der sprachlichen Aeusserungen und der geringen Störung der Auffassung und Orientirung. Die Kranke redet den Arzt mit „Herr Doctor" an, macht treffende Bemerkungen über einzelne Vorgänge in ihrer Umgebung, beantwortet aber nicht die einfachsten Fragen, sondern bringt langsam, ohne Ueberstürzung ganz zusammenhangslose Worte und Ausrufe vor. Dabei ist die häufige Wiederkehr derselben Wendungen sehr deutlich, ebenso die gelegentliche Spielerei mit Gleichklängen und Reimen. Um ihre Umgebung kümmert sich die Kranke trotz ihrer guten Auffassung anscheinend gar nicht, verhält sich vielmehr ablehnend und widerstrebend. Ihre Stimmung ist im ganzen gleichmüthig, vorwiegend heiter, nur vorübergehend traurig. Ihre Unruhe ist ziellos, einförmig; es sind nicht Handlungen, sondern nur Bewegungen, die sie ausführt. Weisen wir endlich noch auf das Gesichterschneiden hin, so wird Ihnen, wie ich denke, die grundsätzliche Uebereinstimmung des vorliegenden Zustandes mit demjenigen des vorigen Kranken klar sein. Hier wie dort finden wir gute Auffassung bei geringer Aufmerksamkeit, Sprachverwirrtheit, Stereotypie in Reden und Benehmen, Negativismus, sinnlose Unruhe mit läppischen Handlungen ohne tiefere gemüthliche Erregung. Auch dieser Zustand gehört somit in das Gebiet der Katatonie.

Der Vater unserer Kranken war Trinker; sie selbst war schwach begabt. Mit 23 Jahren trat im Anschlusse an eine unbedeutende Kopfverletzung, vielleicht mit Erysipel, eine Aenderung in ihrem Benehmen ein. Sie wurde scheu, in sich gekehrt, auffallend vergesslich, ängstlich, glaubte, es brenne, goss deswegen Wasser in ihr Bett, liess Urin auf ihr Kopfkissen, sah Gespenster und gerieth

rasch in eine starke Erregung, die der jetzigen anscheinend sehr ähnlich war. Hier in der Klinik, in die sie damals gebracht wurde gab sie keine Auskunft, schrie eintönig einzelne abgerissene Worte, nahm absonderliche Stellungen ein und versank nach kurzer Zeit in völligen Stupor, aus dem sie nach einigen Wochen wieder erwachte, ohne über ihren Krankheitszustand nähere Auskunft geben zu können. Nach ihrer Entlassung begann sie allmählich, entgegen ihrem bisherigen Verhalten, ein unregelmässiges, leichtsinniges Leben zu führen. Sie wurde syphilitisch und gebar drei uneheliche Kinder, von denen sie das letzte kurz nach der Geburt in ihrem Bette erstickte; deswegen wurde sie unter Berücksichtigung ihrer Beschränktheit zu 2 Jahren und 3 Monaten Gefängniss verurtheilt. Dieses Erlebniss hat auf sie merkwürdig wenig Eindruck gemacht; sie lächelte nur blöde, wenn man mit ihr darüber sprach.

Nach ihrer Aburtheilung musste sie noch eine Schmiercur durchmachen, erkrankte aber nach 8 Wochen plötzlich psychisch und kam deshalb wieder in unsere Klinik. Sie befand sich damals in sinnlosester Erregung, zerkratzte und zerschlug sich, riss sich die Haare aus, wälzte sich rücksichtslos am Boden, liess sich aus dem Bette fallen, zeigte zahlreiche Quetschmale an Armen und Beinen. Aus dem Magen entleerte sich bei der Spülung faulige Brühe, aus dem Munde eitriger Schleim und blutige Krusten. Die Kranke gab einzelne besonnene Antworten, sprach aber meist unverständlich, schrie immerfort nach Wasser, um es zu verschütten, sobald es ihr gebracht wurde. Der ganze Zustand glich somit sehr dem jetzigen, war nur viel schwerer. Mit vieler Mühe gelang es, durch häufige Magenspülungen und Sondenernährung sowie Entleerung des stark gefüllten Darmes die tief gesunkene Ernährung zu heben. Schon nach wenigen Tagen besserte sich die Unruhe, und die Kranke, die sich als ganz besonnen erwies, nahm wieder reichlich Nahrung zu sich. Jetzt, 4 Wochen nach der Aufnahme, ist seit einigen Tagen ein Rückfall der Erregung eingetreten. Wir werden denselben wie früher durch möglichst kräftige Ernährung, nach Bedarf mittelst der Sonde, sowie durch Dauerbäder zu bekämpfen suchen, die in solchen schweren Fällen ausgezeichnet zu wirken pflegen. Wahrscheinlich werden wir dann bald wieder Beruhigung erzielen.

Allerdings erscheint es sehr zweifelhaft, ob der Zustand unserer Kranken je wieder ein befriedigender werden wird. Zunächst war sie von Jugend auf schwach begabt, hat aber, wie wir in der ruhigen Zeit feststellen konnten, noch einige spärliche Schulkenntnisse, erinnert sich auch an ihren früheren Aufenthalt in der Klinik und die damaligen Aerzte. Diese Entwicklung der Dementia praecox auf dem Boden angeborener oder früh erworbener geistiger Schwäche ist nicht ganz selten, während wir andererseits auch wieder gerade besonders gute Schüler in dieser Weise erkranken sehen. Eine weitere Trübung der Aussichten für die Zukunft liegt bei unserer Kranken in dem Umstande, dass sich nach dem ersten Anfalle des Leidens eine tiefgreifende Veränderung ihres ganzen Wesens eingestellt zu haben scheint. Wir haben schon früher darauf hingewiesen, dass die Besserungen nach dem Zurücktreten schwerer katatonischer Störungen in der Regel keine wirklichen Heilungen sind. Wenn wir auch die Möglichkeit vollständiger und dauernder Genesungen zur Zeit nicht gerade ausschliessen können, so lehrt doch die Erfahrung, dass für den sachverständigen Beobachter bald diese, bald jene Ueberreste der Krankheit zurückzubleiben pflegen. Sie thun uns ebenso wie die Neigung zu späteren Rückfällen dar, dass die Krankheit einen gewissen Grad von Siechthum geschaffen hat. Unter ihren Spuren sind, wie in unserem Falle, besonders wichtig die gemüthliche Verödung, ferner Mangel an Verständniss für die überstandene Krankheit, Unfreiheit des Handelns und Benehmens, Andeutungen von Katalepsie, Geziertheit, negativistischer Eigensinn, verschlossenes, unzugängliches Wesen. Die Krankhaftigkeit der Veränderung leuchtet der Umgebung oft gar nicht ein; sie wird aber deutlich, wenn späterhin Rückfälle erfolgen. In unserem Falle hat zum Wiederausbruche des Leidens, wie es scheint, das Wochenbett, die gerichtliche Verhandlung und Verurtheilung sowie die Schmiercur zusammengewirkt; der Ausgang wird wohl auch im günstigsten Falle ein erheblicher Grad von Schwachsinn sein*).

Ein ganz anderes Bild, als die vorige Kranke, bietet die

---

*) Die Kranke befindet sich seit fast 5 Jahren in einer Pflegeanstalt, ist körperlich blühend, erinnert sich ihrer Erkrankung und beschäftigt sich, ist aber gedankenarm, urtheilsschwach und gemüthlich stumpf geblieben.

32jährige Fabrikarbeiterin dar, die jetzt mit täppischem, weit ausholendem Knix den Saal betritt. Sie lehnt es ab, sich zu setzen, sich mit uns zu unterhalten, dankt für die „Verehrer“, geht mit gezierten, wiegenden Schritten auf und ab, beginnt zu declamiren und zu reimen, auch spitzige Bemerkungen in die Besprechung ihres Zustandes einzuwerfen. Sie heisst, wie sie der Pfarrer getauft hat, ist so alt wie ihr kleiner Finger; sie kennt ihre Lage, Zeit, Aufenthaltsort und die Personen ihrer Umgebung, vermag über ihre früheren Erlebnisse genaueste Auskunft zu geben. Für geisteskrank hält sie sich nicht. Häufig flicht sie falsche französische Brocken und unsinnig abgeänderte Citate in ihre zusammenhangslosen Reden ein, wie: „Undank ist der Welt Lob“, „viele Hände, viele Sinne“. Einzelne Redensarten reitet sie in unausgesetzter Wiederholung todt: „Der Teufelsdreck im Seelenfuss; der Seelenfuss im Teufelsdreck“. Vielfach gebraucht sie ganz verzwickte, kaum verständliche Wortbildungen und Wendungen.

Ihre Stimmung ist läppisch, heiter, bisweilen erotisch, dazwischen wieder gereizt; sie gefällt sich in höchst unfläthigen geschlechtlichen Anspielungen und gelegentlichen, äusserst wüsten Schimpfausbrüchen. Aufforderungen befolgt sie nicht, giebt nicht die Hand, mit der Begründung, das seien ihre Hände; sie schreibt nicht, sondern lehnt alles mit schnippischen Worten ab. Sie schwatzt fortwährend, lässt Niemanden zu Worte kommen. Ihre Sprache ist im höchsten Grade geschraubt; sie hackt die einzelnen Silben scharf auseinander, betont scharf die Endsilben, spricht g wie k, d wie t, redet wie ein Kind in unvollkommener Satzbildung, verdreht die Wörter, streut sinnlose Flickwörter und Wortneubildungen ein, springt fortwährend ab. Alle ihre Bewegungen und Geberden sind plump, eckig, steif, sehr ausgiebig, aber einförmig; sie hüpft herum, verneigt sich, klatscht in die Hände, schneidet Gesichter Ihre Kleidung hat sie durch Stickereien und Häkeleien mit grellbunter Wolle abenteuerlich aufgeputzt. Aus ihren Reden geht hervor, dass sie sich als Herrin des Hauses betrachtet; sie bezahlt die Wärterinnen und stellt sie an, will sich bessere Aerzte anschaffen. Ferner beklagt sie sich über geschlechtliche Angriffe, denen sie ausgesetzt gewesen sei; Lunge, Herz und Leber seien ihr herausgenommen worden. Mit einem Arzte der Anstalt, in der sie früher war, sei sie verlobt; ihren Namen nennt sie mit dem

Zusatze „von“. Auch Stimmen scheint sie gehört zu haben, macht aber darüber nur ausweichende Angaben.

Wenn wir von den wenig ausgeprägten Wahnbildungen und den für jetzt nicht ganz sicheren Sinnestäuschungen absehen, so liegen die Krankheitszeichen in unserem Falle hauptsächlich im Bereiche des Handelns. In der Unzugänglichkeit der Kranken gegenüber jeder Annäherung erkennen wir den Negativismus, in ihrer Sprache wie in ihrem Benehmen die Stereotypie und namentlich die sehr stark entwickelten Manieren. Dagegen sind Auffassung und Gedächtniss vorzüglich. Auf gemüthlichem Gebiete ist neben der Erhöhung des Selbstgefühls starke geschlechtliche Erregung und grosse Reizbarkeit zu verzeichnen; dazu kommt noch eine völlige Abstumpfung des Schamgefühls, die sich in der Koprolalie der Kranken ausdrückt. Aber auch das Mitgefühl für Andere erscheint fast erloschen. Die Kranke ist bei zahlreichen Gelegenheiten ohne erkennbaren Anlass gegen ihre Umgebung in der rohesten Weise gewaltthätig geworden, hat sich als hinterlistig, rachsüchtig und äusserst rücksichtslos erwiesen. Ueber ihre Zukunft macht sie sich keine Gedanken; sie verlangt zwar hie und da ihre Entlassung, da sie nicht immer eingesperrt sein wolle, hat aber keinerlei Pläne, lebt einfach in den Tag hinein. Auch darin dürfte sich neben einer gewissen Urtheilslosigkeit der Mangel jener gemüthlichen Regungen ausdrücken, die den Gesunden dazu treiben, sich sorgend und hoffend das Kommende auszumalen.

Offenbar ist es demnach auch hier wieder eine Erscheinungsform der Katatonie, die uns entgegentritt. Die Kranke soll aus gesunder Familie stammen, nur einen taubstummen Vetter haben, galt aber selbst von Jugend auf als sehr eigensinnig und trotzig. Sie war Dienstmädchen, später Fabrikarbeiterin, gebar zweimal unehelich, abortirte dann noch einmal. Etwa $^1/_2$ Jahr später, jetzt vor 2 Jahren, wurde sie ängstlich, sah graue Männer und Frauenköpfe, hörte Klopfen und Stimmen, die ihr Schimpfworte zuriefen. Später schrieb sie an den Besitzer ihrer Fabrik einen Liebesbrief, wurde entlassen und hilflos auf der Strasse aufgegriffen. In eine Anstalt gebracht, war sie zunächst ruhig und besonnen, verfiel aber sehr bald in kurz dauernde Anfälle heftigster Erregung, in denen sie sich völlig entkleidete und in sinnloser Weise um sich schlug und biss. Weiterhin trat dann ein abweisendes, unzufriedenes

Wesen, Neigung zur Stereotypie und zu triebartigem Handeln hervor. Als sie vor $^5/_4$ Jahren zu uns gebracht wurde, bot sie in allen wesentlichen Zügen dasselbe Bild dar wie jetzt. Hinzuzufügen ist vielleicht, dass sie Echopraxie zeigte, im Garten stundenlang dieselben Wege, z. B. eine 8, zurücklegte und äusserst widerspenstig war. Lange Zeit hindurch musste sie im Garten und im Zimmer allein gehalten werden, weil sie bei völliger Besonnenheit und ohne grosse gemüthliche Erregung für die anderen Kranken überaus gefährlich wurde. In den letzten Monaten ist sie allmählich etwas lenksamer geworden.

Wir dürfen wohl hoffen, dass die Beruhigung noch etwas weitere Fortschritte machen wird. Dennoch kann es nicht zweifelhaft sein, dass die tiefgreifenden Störungen im Bereiche des Urtheils, des Gemüthes und des Willens einer völligen Rückbildung nicht mehr fähig sind. Die Kranke ist trotz guter Auffassung und Erinnerung sehr erheblich schwachsinnig und wird es auch für immer bleiben*).

X. Vorlesung.

Paralytischer Grössenwahn.

M. H.! Sie sehen heute einen 43jährigen Kaufmann vor sich, der sich unter höflichem Grusse setzt und auf die an ihn gerichteten Fragen fliessend und gewandt antwortet. Ueber seine Umgebung und seine Lage ist er im klaren, kennt die Aerzte, macht jedoch über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes ziemlich unbestimmte Aeusserungen, vermag sein Hochzeitsjahr und das heutige Datum nicht richtig anzugeben, „weil er lange keinen Kalender zur Hand gehabt habe". Er sei verrückt gewesen durch Anstrengung und Hetzereien, jetzt aber geistig wieder völlig gesund, nur noch etwas nervös. Seine Arbeitskraft sei in der Klinik bei

*) Sie befindet sich seit 10 Monaten etwas ruhiger, aber sonst unverändert in einer Pflegeanstalt.

der guten Pflege sehr gewachsen, so dass er viel leisten könne. Deswegen habe er auch glänzende Aussichten, gedenke bei seiner bald bevorstehenden Entlassung eine grosse Papierfabrik anzulegen, zu der ihm ein Freund das nöthige Geld gebe. Ausserdem habe ihm Krupp, dessen guter Bekannter jener Freund sei, ein Gut bei Metz zur Verfügung gestellt, auf dem er im grossen Gärtnerei treiben wolle; auch für Weinberge sei die Gegend sehr geeignet. Ferner werde er 14 Pferde für den landwirthschaftlichen Betrieb anschaffen sowie einen schwunghaften Holzhandel einrichten, der ihm sicher ein hübsches Sümmchen eintragen müsse. Auf den Einwand, dass alle diese Geschäfte doch wohl nicht so glatt ablaufen würden und grosse Mittel erfordern, meint er zuversichtlich, dass er mit seiner grossen Arbeitskraft das schon überwältigen werde; auch an Geld werde es ihm bei den vorzüglichen Gewinnaussichten nicht fehlen können. Zugleich lässt er durchblicken, dass der Kaiser sich für ihn interessire und ihm gestatten werde, den Adel, den sein Grossvater wegen Mittellosigkeit abgelegt habe, wieder anzunehmen; eigentlich dürfe er ihn jetzt schon tragen. Alle diese Mittheilungen macht der Kranke in ruhigem, sachlichem Tone; er benimmt sich dabei natürlich.

Auch wenn ich Ihnen nicht sagen würde, dass die Verhältnisse dieses Mannes in Folge seiner Erkrankung keineswegs günstige sind und er durchaus keine Aussicht hat, auf dem von ihm angeführten Wege etwas zu erwerben, würden Sie wohl auf die Vermuthung gekommen sein, dass wir es hier mit krankhaften Hoffnungen, mit G r ö s s e n i d e e n zu thun haben. Dafür spricht namentlich die Selbstverständlichkeit, mit welcher sich der Kranke über die in seinen Plänen liegenden Schwierigkeiten hinwegsetzt, ferner die Leichtigkeit, mit der er sich bereit finden lässt, auf irgend eine Anregung hin seine Pläne noch weiter auszudehnen. Deutet man ihm an, dass wohl auch Geflügelzucht vortheilhaft sein könnte, so versichert er sofort, dass er selbstverständlich auch Truthühner, Perlhühner, Pfauen und Tauben halten, Gänse mästen, eine Fasanerie anlegen werde. Diese eigenartige Form des Grössenwahnes, das zuversichtliche Entwerfen immer wachsender, leicht beeinflussbarer Pläne ohne jede Berücksichtigung der entgegenstehenden Schwierigkeiten ist in hohem Grade kennzeichnend für die p r o g r e s s i v e P a r a l y s e. Aehnliches wird freilich auch in

manischen Zuständen beobachtet, aber verknüpft mit den Zeichen der Erregung, Ideenflucht, thatenfreudiger Stimmung und Rededrang, während unser Kranker bei seinen vermeintlichen glänzenden Aussichten merkwürdig ruhig und gleichgültig erscheint. Wir werden uns jetzt seiner Unsicherheit in den Zeitangaben erinnern, ausserdem aber ihn einer genaueren körperlichen Untersuchung unterziehen.

Der Kranke ist ein grosser, hagerer, kräftig gebauter, ziemlich gut genährter Mann. Seine Züge sind etwas schlaff, müde; die linke Nasenlippenfalte ist ein wenig mehr verstrichen, als die rechte. Beide Pupillen sind sehr eng und zeigen keine Verengerung auf Lichteinfall, während die Reaction beim Nahesehen erhalten ist. Die Zunge zeigt keine Störung; die gespreizten Finger zittern ein wenig; die Kniesehnenreflexe sind lebhaft. Beim Nachsprechen schwierigerer Wörter, wie Elektricität, dritte reitende Artilleriebrigade, fängt der Kranke an, zu stottern, bringt die Buchstaben in falscher Reihenfolge heraus. Diese Form der Sprachstörung, das „Silbenstolpern", ist neben der undeutlichen Aussprache der einzelnen Buchstaben bei der Paralyse am häufigsten. Im Verein mit der reflectorischen Pupillenstarre, der Unsicherheit in den Zeitangaben und dem eigenartigen Grössenwahn lässt sie keinen Zweifel darüber, dass der Kranke wirklich an fortschreitender Hirnlähmung leidet.

Ueber die Entwicklung der Krankheit wissen wir, dass der Kranke anscheinend aus gesunder Familie stammt, aber ein sehr unruhiges Leben geführt und an Lues gelitten hat. Sein Leiden begann vor etwa 2 Jahren. Er wurde zerstreut und vergesslich, in der letzten Zeit allmählich so stark, dass ihm die Fabrik, in der er beschäftigt war, kündigte. Vor einem Jahre wurde er dann erregt, machte grosse Einkäufe und Pläne, weinte dazwischen wieder in tiefster Verzweiflung, so dass er in die Klinik aufgenommen werden musste. Bei der Aufnahme fühlte er sich sehr zum Schaffen angeregt, „geistig und körperlich so wohl wie nie", wollte hier, wo es ihm ausgezeichnet gefalle, dichten, was er besser könne, als Goethe, Schiller und Heine. Sehr rasch entwickelte sich bei ihm ein fabelhafter Grössenwahn. Er wollte eine Unmasse neuer Maschinen erfinden, die Klinik umbauen, einen Dom errichten, höher als der Kölner, einen Glaspanzer um die Anstalt ziehen.

Er sei ein Genie, spreche alle Sprachen der Welt, giesse eine Kirche aus Gussstahl, verschaffe uns vom Kaiser die höchsten Orden, erfinde ein Mittel, die Narren zu bändigen, schenke der Anstaltsbücherei 1000 Bände, meist philosophische Werke, habe lauter göttliche Gedanken. Diese Grössenideen wechselten fortwährend, entstanden im Augenblicke, um rasch von neuen abgelöst zu werden. Der Kranke zeigte grosse Ablenkbarkeit, überglückliche, aber leicht ins Weinerliche umschlagende Stimmung und lebhafte motorische Unruhe, sprach, schrieb und zeichnete ohne Unterlass, bestellte sich kurzer Hand alles, was in den Anzeigen der Zeitungen angeboten wurde, Lebensmittel, Villen, Kleider, Zimmereinrichtungen u. s. f. Bald war er Graf, Generalleutnant, schenkte dem Kaiser ein ganzes Feldartillerieregiment, erbot sich, die Klinik oben auf einen Berg zu versetzen. Zeitweise war er gereizt, gerieth mit anderen Kranken in Streit, zerstörte, beruhigte sich aber immer bald wieder. Mehrfach trat Harnverhaltung und unwillkürlicher Harnabgang auf.

Zwei Monate nach der Aufnahme begann der Kranke über Gehörstäuschungen zu klagen. Freunde standen draussen und sprachen über ihn; er hörte seine Kinder, die genothzüchtigt wurden. Zugleich wurden ihm Nachrichten über grosse Geldschenkungen auf diese Weise übermittelt. In der Nacht fassten Wärter an seine Geschlechtstheile; im Essen war Gift, Graphit. Nach und nach wurde er immer ruhiger und gerieth in den geistigen Schwächezustand, in dem Sie ihn jetzt vor Sich sehen, urtheilslos, gemüthlich stumpf und willensschwach. Sein Körpergewicht, das anfangs sehr stark gesunken war, hat sich allmählich um nicht weniger als 20 Kilogramm gehoben*).

Der hier geschilderte Verlauf ist in der Paralyse sehr häufig. Nach den einleitenden Zeichen einer Abnahme der geistigen Kräfte, namentlich des Gedächtnisses, folgt eine Zeit der Erregung mit heiterer Verstimmung und mehr oder weniger ausgebildetem Grössenwahn; dann tritt die Erregung zurück, aber der Schwachsinn bleibt. Man pflegt diese Form auch als die klassische Paralyse zu bezeichnen, da sie zuerst den Irrenärzten genauer

*) Der Kranke ist nach $3^1/_2$jähriger Dauer der Paralyse stark verblödet an Miliartuberculose gestorben.

bekannt geworden ist. Auf ihrer Höhe kann die Krankheit grosse Aehnlichkeit mit manischen Zuständen darbieten; vor der Verwechselung schützt namentlich die körperliche Untersuchung und der Nachweis der Gedächtnissstörung, ferner die im allgemeinen grössere Unsinnigkeit und Beeinflussbarkeit der Pläne wie die Schwächlichkeit und Bestimmbarkeit der Willensäusserungen in der Paralyse.

Dass der Grössenwahn kein nothwendiger Begleiter der Paralyse ist, haben wir bereits bei der Besprechung der depressiven Formen dieser Krankheit gesehen. Gerade der Vergleich jener Fälle mit dem letzten lehrt uns, dass weder der Inhalt der Wahnvorstellungen noch die Sinnestäuschungen noch die Färbung der Stimmung für die Diagnose der Krankheit wesentlich sind. Oft genug sehen wir Grössen- und Kleinheitsideen, heitere und ängstliche Vertimmung sich unmittelbar mit einander mischen oder sich ablösen, ganz ähnlich wie beim manisch-depressiven Irresein und bei der Dementia praecox. Andeutungen dieses Verhaltens sind uns schon bei einzelnen der besprochenen Kranken begegnet.

Ein sehr lehrreiches Beispiel dafür bietet Ihnen ferner der 44-jährige Telegraphenbeamte, den ich Ihnen nunmehr vorstelle. Der schlanke, vorzeitig ergraute, bleich aussehende, aber ziemlich gut genährte Mann tritt mit strahlendem Gesichtsausdrucke ein, begrüsst uns höflich, giebt Auskunft über seine persönlichen Verhältnisse, weiss, wo er sich befindet, und kennt die Aerzte, wird aber unsicher und verwickelt sich in Widersprüche, sobald man genauere Angaben über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes und wichtige frühere Erlebnisse, den Zeitpunkt seiner Eheschliessung, seiner Anstellung, seiner Versetzungen verlangt. Er ist sehr redselig, erzählt offenherzig zarte Einzelheiten aus seinem Eheleben, schimpft über seinen Schwiegervater und bringt allerlei handgreifliche Aufschneidereien über seine Betheiligung am Feldzuge 1870/71 vor, prahlt mit seinen vorzüglichen Leistungen als Beamter in kindlich-naiver Weise. So sei er zum eisernen Kreuz erster und zweiter Klasse vorgeschlagen gewesen, aber der Feldwebel habe im Grössenwahn die Vorschlagslisten verbrannt, doch werde er sich jetzt noch an den Kaiser wenden und von ihm die Erlaubniss zum Tragen jener Auszeichnungen erhalten. Der alte Kaiser Wilhelm habe ihm seinerzeit 6000 Mark zu Badereisen bewilligt. Nun wolle er ein Buch über den Feldzug schreiben, das grosses Aufsehen erregen werde. Krank

sei er gar nicht mehr, könne jeden Tag seinen Dienst antreten, habe eine glänzende Laufbahn vor sich, wolle höchstens noch für einige Wochen in einen Luftcurort gehen, werde dann aber in wenigen Jahren Postdirector sein. Die Einwände, die man ihm macht, beachtet er nicht weiter, fertigt sie mit einigen Redensarten ab oder ersetzt seine Angaben durch andere, nicht weniger unwahrscheinliche. Seine Kenntnisse sind ganz gute; über seinen Dienst weiss er ziemlich ausführliche, wenn auch etwas verworrene Auskunft zu geben; beim Rechnen mit grösseren Zahlen wird er recht unsicher.

Seine Stimmung ist vergnügt, zuversichtlich, hoffnungsfroh; auch der Hinweis auf seine jetzige traurige Lage, fern von seinen Angehörigen, ohne Stellung und ohne Mittel, berührt ihn nicht sonderlich; er sei ja nun wieder hergestellt und habe so vorzügliche Zeugnisse, dass es ihm nirgends fehlen könne. Einige dieser Zeugnisse hat er aus dem Gedächtnisse niedergeschrieben und legt sie vor. Wir erkennen dabei, dass anscheinend wirkliche Papiere diesen Aufzeichnungen entsprechen; zugleich aber finden sich darin Lobeserhebungen und Ausschmückungen, die unmöglich in den Urschriften gestanden haben können, z. B. dass er „den grössten Verbrecher Hamburgs“ zu Falle gebracht habe. Auch ein Schreiben an den Preussischen Kriegsminister legt er vor, in dem er bittet, sein Gesuch an den Kaiser um Gewährung einer Ordensauszeichnung und einer Geldunterstützung befürworten zu wollen. Dabei beruft er sich auf seine früheren Offiziere, von denen er Visitenkarten besitze, dass er „alles mitgemacht“ habe. In diesen Schriftstücken fällt auf, dass der Kranke vielfach Buchstaben und Wörter auslässt, z. B. „samlich“ statt „sämmtlich“ schreibt, andere verdoppelt, aus der Satzbildung fällt. So bemerkt er, dass er „an nachstehenden Schlachten und Gefechten betheiligt war“, nennt diese aber nicht, sondern fährt fort: „Bin sowohl für das eiserne I als als auch 2ter Klasse, sowie für das mecklenburgische Verdienstkreuz die wie ich den Feldzug 70/71 mitgemacht und sich am Einzug in Berlin betheiligten“. Die Schriftzüge selbst sind gewandt, zeigen aber vielfach kleine eckige Unregelmässigkeiten und Verbiegungen.

Trotz seiner Zukunftspläne drängt der Kranke nicht sehr fort, lässt sich ungemein leicht ablenken und vertrösten, ist ohne weiteres

einverstanden, noch da zu bleiben, macht sich keinerlei Gedanken über die Lage seiner Frau, die zu ihren Eltern zurückgekehrt ist, über den langen Zeitverlust, sein Ausscheiden aus dem Dienste, nimmt die Versicherung, dass er noch geisteskrank sei, mit ungläubigem Lächeln, aber ohne Erregung hin.

Schon der bis hierher erhobene Befund, die grosse Schwäche des Urtheils, des Gedächtnisses, der gemüthlichen Regungen, des Willens, die Grössenideen, endlich die Schriftstörungen, werden uns zu der Ansicht führen, dass der vorliegende Fall, dessen Bild in so vielen Richtungen dem vorigen ähnelt, dem Gebiete der Paralyse angehört. Die genauere körperliche Untersuchung ergiebt ausserdem, dass die Nasenlippenfalten verstrichen sind, die Zunge beim Vorstrecken stark zittert. Beide Pupillen sind lichtstarr, die Kniesehnenreflexe sehr gesteigert. Beim raschen Sprechen namentlich schwierigerer Wörter werden die einzelnen Buchstaben undeutlich vorgebracht, bisweilen ausgelassen oder vertauscht und verstellt. Es besteht also neben der „schmierenden", lallenden Sprache noch Silbenstolpern.

Sehr merkwürdig ist nun aber die Entwicklung dieses Zustandes. Ueber die Familie des Kranken ist nichts Zuverlässiges bekannt, ebenso wenig darüber, ob er syphilitisch gewesen ist, doch war seine Ehe kinderlos; freilich behauptet er, nie mit seiner Frau geschlechtlich verkehrt zu haben. Nach seiner Erzählung soll er in der Jugend einen Diebstahl begangen haben, den er mit 2 Jahren Gefängniss büsste. Später machte er den Feldzug mit, trat in den Telegraphendienst und scheint ein tüchtiger Beamter gewesen zu sein. Vor nunmehr 8 Jahren erkrankte er zum ersten Male mit ängstlicher Verstimmung. Er meinte, dass sein Jugendvergehen bekannt geworden sei, dass in den Zeitungen darauf angespielt werde, dass seine Collegen nichts mehr von ihm wissen wollten, die Behörde ihn entlassen werde. In Folge dessen hielt er sein Leben für vernichtet, zog sich zurück, verliess seine Wohnung und kehrte erst nach 2 Tagen wieder heim, ohne zu wissen, wo er inzwischen gewesen war. Damals war er 4 Monate hier in der Klinik und wurde etwas gebessert entlassen. Körperliche Krankheitszeichen konnten nicht aufgefunden werden. Draussen besserte sich sein Zustand weiter; er heirathete, rückte in höhere Stellen ein, obgleich er sich in den ersten Jahren vielfach sonderbar benommen haben soll.

Vor 2 Jahren, also nach fast 5jähriger Zwischenzeit, wurde er wieder in die Klinik verbracht, nachdem sich allmählich zunehmende ängstliche Verstimmung, Nahrungsverweigerung und starker körperlicher Verfall entwickelt hatten. Der Kranke bot nunmehr das Bild eines Stupors dar. Er sprach fast gar nicht, lag mit finsterer, mürrischer Miene theilnahmlos im Bette, ass wenig und mit grossem Widerstreben. Nach und nach liess sich erkennen, dass er an Gehörstäuschungen unangenehmen Inhaltes litt, sich durch „Uebertragungen" beeinflusst fühlte. Im Brod sei Dreck, in der Suppe Gift, das Fleisch verfault, stinke wie die Pest. Seine Stimmung war äusserst unzufrieden, missmuthig; jedem Zuspruche gegenüber verhielt er sich abweisend. Ueber seine Lage war er ganz im unklaren, machte auch gar keinen Versuch, sich über die Umgebung, die zeitlichen Verhältnisse zu orientiren. So dauerte der Zustand mit geringen Schwankungen volle $1^1/_2$ Jahre an, bis eines Tages die Pupillen, die sehr häufig untersucht worden waren, lichtstarr angetroffen wurden und es von da ab blieben; auch Pupillendifferenz trat dann zeitweise auf. Zugleich machte sich Harnverhaltung, später auch Blasenschwäche bemerkbar. Allmählich wurde der Kranke zugänglicher und entwickelte nun die Vorstellung, dass er ganz zusammengeschrumpft, $^3/_4$ Fuss kleiner geworden sei, beklagte sich bitter über die ganze Behandlung, insbesondere die lange Zeit nöthige Sondenernährung, durch die er krank geworden sei. Er fing jedoch an, selbst zu essen, nahm im ganzen 28 Kilogramm zu, davon 20 in 7 Monaten, und gerieth mehr und mehr in den Zustand glücklichen Schwachsinns, in dem Sie ihn jetzt sehen.

Wir können, wie ich glaube, kaum bezweifeln, dass schon die erste Erkrankung vor 8 Jahren den Beginn der Paralyse bildete. Dafür spricht der Umstand, dass der damalige Zustand die grösste Aehnlichkeit mit dem späteren Anfalle darbot, und dass der Kranke auch inzwischen noch längere Zeit auffallend war. Trotzdem hat er noch geheirathet und fast 5 Jahre lang seinen schwierigen Dienst versehen. Dass jahrelange Stillstände der Krankheit mit Zurücktreten aller Störungen in der Paralyse vorkommen, ist sehr bekannt, doch gehören Fälle wie dieser schon zu den ziemlich seltenen Ausnahmen. Weiter aber ist es von besonderer Bedeutung, dass nicht nur beim ersten, sondern lange Zeit hindurch auch beim

zweiten Anfalle keine körperlichen Zeichen der Paralyse vorhanden waren. Wir werden also unter Umständen auch dann mit der Möglichkeit einer Paralyse rechnen müssen, wenn sich zunächst keine der bekannten körperlichen Störungen nachweisen lässt. Allerdings wird es in solchen Fällen kaum möglich sein, über die Vermuthung der Paralyse hinaus zu einer sicheren Diagnose zu gelangen; wir werden die Abgrenzung gegenüber dem circulären und katatonischen Stupor äusserst schwierig finden. Vielleicht kann uns in ersterer Beziehung etwa das Fehlen tieferer gemüthlicher Ergriffenheit, die Stumpfheit, in letzterer das Ausbleiben der kennzeichnenden Willensstörungen, des Negativismus, der Stereotypie, der Manieren, gelegentlich den richtigen Weg zeigen. Auch die dauernde Verworrenheit und Unfähigkeit zu zeitlicher und sachlicher Orientirung könnte verwerthet werden*).

Die Dauer der Paralyse, die überhaupt zwischen sehr weiten Grenzen schwankt, wird durch ausgiebige Remissionen natürlich sehr verlängert. Andererseits giebt es Fälle, in denen sich der ganze Verlauf des Leidens überaus stürmisch gestaltet. Ich zeige Ihnen jetzt einen 43jährigen Handelsmann, der vor 2 Monaten in die Klinik eingetreten ist. Seit einem Jahre soll er über Kopfschmerzen geklagt, seit 4—5 Monaten in seinen Leistungen nachgelassen haben. Der älteste Bruder des Kranken starb an einer der seinigen ähnlichen Krankheit; er selbst hat immer viel getrunken; über eine luetische Ansteckung ist nichts bekannt. Einige Wochen vor der Aufnahme wurde der Kranke reizbar, schwatzhaft, hatte grosse Pläne, kaufte ohne Mittel plötzlich eine Badeanstalt für 35000 Mark, bestellte für 14000 Mark Champagner, für 16000 Mark Weisswein, um eine Wirthschaft einzurichten, kaufte sich einen Dolch und Arsenik, hatte einen Anfall, in dem er ganz steif wurde.

Sie sehen, dass sich der Kranke jetzt in lebhaftester Erregung befindet. Er hat seinen Anzug zum Theil zerrissen, sich mit den Fetzen in unordentlicher Weise herausgeputzt, Streifen um die Beine gebunden, die Jacke ausgezogen, die Beinkleider hoch gestreift. Er schwatzt unaufhörlich und entwickelt die fabelhaftesten Grössenideen, will sich grösser machen lassen, so dass er 4 Zentner wiegt,

*) Unser Kranker ist nach fast 11jähriger Dauer seiner Paralyse in einer anderen Anstalt gestorben.

lässt sich Stahlstangen in die Arme setzen, trägt eiserne Orden von 2 Zentner Gewicht, macht sich 50 Negerinnen mit einer eisernen Maschine, wird immer 42 Jahre alt bleiben, heirathet eine Gräfin von 16 Jahren mit 600 Millionen Vermögen, die vom Papste die Tugendrose bekommen hat. Pferde besitzt er, die keinen Hafer fressen, ferner 100 goldene Schlösser mit Schwänen und Wallfischen aus dem Stoffe, aus dem man die kugelsicheren Panzer macht; er hat grosse Erfindungen gemacht, dem Kaiser ein Schloss für 100 Millionen gebaut, steht mit ihm auf Du und Du, hat vom Grossherzog 124 Orden bekommen, schenkt jedem armen Teufel $^1/_2$ Million. Daneben bestehen Verfolgungsideen. Man hat ihn 5 mal morden wollen, saugt ihm jede Nacht 2 Kübel voll Blut aus dem Hintern; er wird daher die Wärter köpfen, von Hunden zerreissen lassen, baut sich eine Dampfguillotine.

Trotz seines fortwährenden Schreiens, Schwatzens und Singens gelingt es doch, von dem Kranken einzelne kurze Antworten zu erhalten. Er nennt seinen Namen, weiss, dass er im Krankenhause für Närrische ist, kennt die Aerzte, vermag auch ungefähr die Zeit anzugeben, schweift aber immer rasch vom Gegenstande ab und kommt wieder in seine abenteuerlichen Ideen hinein. Seine Stimmung ist gehoben, glückselig, doch fängt er plötzlich, als er von dem vermeintlichen Tode seiner Frau spricht, an, heftig zu weinen, fährt aber sogleich fort, dass er nun ein reiches Freifräulein heirathe. Bisweilen wird er gereizt, braust auf, lässt sich indessen durch gütliches Zureden und ablenkendes Eingehen auf seine Wahnvorstellungen rasch beruhigen. Seine Sprache ist hastig, undeutlich, zeigt die Erscheinungen der verschwommenen, schmierenden Articulation und des Silbenstolperns; auch in seiner Schrift finden sich Versetzungen und Verdoppelungen von Buchstaben neben Unsicherheit der einzelnen Schriftzeichen. Die Gesichtszüge sind schlaff; beim Sprechen treten lebhafte Mitbewegungen im Gesichte auf. Die Zunge zittert stark, wird stossweise vorgestreckt. Die linke Pupille ist bedeutend weiter, als die rechte; beide sind lichtstarr. Der Kopf ist geröthet, der Puls beschleunigt. Die Haut- und Sehnenreflexe sind bedeutend gesteigert; die Schmerzempfindlichkeit erscheint bei Ablenkung der Aufmerksamkeit herabgesetzt. Das Körpergewicht des ungemein kräftig gebauten Mannes ist in raschem Sinken begriffen.

Dass der Kranke an Paralyse leidet, werden Sie bei dem

körperlichen Befunde wie bei der Abenteuerlichkeit und Zusammenhangslosigkeit seiner Wahnbildungen, dem schwächlichen Wechsel der Stimmung und der Bestimmbarkeit seines Willens sofort erkennen. Wir haben es hier mit jener Gestaltung der Krankheit zu thun, die man wegen des Vorherrschens starker Erregung als agitirte Form zu bezeichnen pflegt. Meist, wie im vorliegenden Falle, entwickelt sich dieses Krankheitsbild ziemlich rasch. Der weitere Verlauf kann zu einer Remission führen; es kann sich aber auch die Aufregung immer mehr steigern, so dass die Kranken binnen kurzer Zeit an Erschöpfung, in einem paralytischen Anfalle oder in Folge von sonstigen Zufällen zu Grunde gehen. Man spricht dann wohl von einer „galoppirenden" Paralyse. Im vorliegenden Falle ist diese letztere Möglichkeit nicht ausgeschlossen, da der Kranke vielfach ganz sinnlos erregt ist, sich verletzt, schmiert und der Behandlung die grössten Schwierigkeiten bereitet. Unsere Aufgabe besteht wesentlich in der Sorge für reichliche Ernährung und in der Anwendung von Dauerbädern; ausserdem ist die Darreichung von Schlafmitteln, Sulfonal, Trional, Hyoscin wegen der ausserordentlichen Unruhe des Kranken nicht ganz zu entbehren. Ob es gelingen wird, ihn auf diese Weise über die jetzige Gefahr hinüberzubringen, steht dahin*).

XI. Vorlesung.

Alkoholische Geistesstörungen.

M. H.! Der 34jährige Gastwirth, den ich Ihnen heute vorführe, ist erst vor einer Stunde in die Klinik aufgenommen worden. Er versteht die an ihn gerichteten Fragen, macht dabei nur einen etwas zerstreuten Eindruck, überhört Einzelnes. Seinen Namen und sein Alter giebt er richtig an. Ueber sein Vorleben erfahren

*) Der Kranke ist unter unaufhaltsamem Sinken seines Körpergewichtes nach 3monatlichem Aufenthalte in der Klinik im Collaps zu Grunde gegangen.

wir bruchstückweise, dass er die Schule bis Unterprima besucht hat und später längere Zeit in Amerika ein abenteuerliches Leben führte, nachdem er wegen Rothgrünblindheit hier im Bahndienste nicht angenommen worden war. Nach 2 Jahren kam er für einige Zeit zurück, ging aber dann nochmals nach Amerika. Dort scheint er sich hauptsächlich als Klavierspieler durchgebracht zu haben, hatte aber auch alle möglichen anderen Beschäftigungen; zum Schlusse war er in einer Wirthschaft thätig. Vor 8 Jahren kam er nach Deutschland, fing auch hier bald dieses, bald jenes an und betrieb im letzten halben Jahre eine Wirthschaft. Er erzählt, dass er schon einmal hier gewesen sei und das Delirium gehabt habe, weil er viel trinke. Dennoch kennt er die Aerzte nicht, belegt sie mit den Namen von Bekannten, meint, er sei seit 2—3 Tagen hier; das sei doch die Wirthschaft zur Krone oder vielmehr die „Nierenklinik". Das Datum weiss er nicht genau.

Schon während dieser Unterhaltung, bei der uns der Kranke übrigens ganz geordnete Auskunft gegeben hat, ist eine gewisse Unruhe bei ihm aufgefallen. Er rückt auf seinem Stuhle herum, blickt viel um sich, schrickt mehrfach leicht zusammen, spielt mit den Händen. Plötzlich steht er auf und bittet, man möge ihn doch geschwind einmal Klavier spielen lassen, setzt sich auf Zureden sofort wieder, will aber dann fort, um „denen noch etwas zu sagen, was er vergessen habe". Allmählich wird er immer erregter, meint, sein Schicksal sei besiegelt; er müsse nun aus der Welt; man möge an seine Frau telegraphiren, dass ihr Mann im Sterben liege. Auf Befragen erfährt man, dass er durch Elektricität hingerichtet und zugleich erschossen werden solle. „Das Bild ist nicht deutlich nachgeahmt", sagt er; „alle Augenblicke steht bald hier bald dort einer und lauert mit dem Revolver; wenn ich die Augen aufmache, verschwinden sie". In beide Zehen und den Kopf sei ihm stinkende Flüssigkeit eingespritzt worden, durch die Bilder entstehen, die man dann für Wirklichkeit hält; das mache ein internationaler Verband, der Leute wegschaffe, die „durch Fehltritte unverschuldet ins Unglück kamen". Dabei blickt er gespannt nach dem Fenster, wo er Häuser und Bäume sieht, die verschwinden und wieder erscheinen. Bei leichtem Drucke auf die geschlossenen Augen sieht er zuerst Gefunkel, dann einen Hasen, ein Bild, einen Kopf, ein Waschgeschirr, einen Halbmond, einen

Menschenkopf, anfangs verschwommen, dann farbig. Zeigt man ihm einen Fleck am Boden, so versucht er, den vermeintlichen Gegenstand aufzuheben, meint, es sei ein Geldstück. Schliesst man ihm die Hand mit der Frage, was man ihm gegeben habe, so hält er sie vorsichtig geschlossen und räth, es sei ein Bleistift, ein Stück Gummi. Die Stimmung des Kranken ist halb ängstlich, halb belustigt. Sein Kopf ist stark geröthet, der Puls klein, weich, etwas beschleunigt. Das Gesicht erscheint gedunsen, die Augen schwimmend. Der Athem riecht stark nach Alkohol und Aceton. Die Zunge ist dick belegt, zittert beim Hervorstrecken; auch die gespreizten Finger zeigen ein starkes, stossweises Zittern. Die Kniesehnenreflexe sind etwas gesteigert; an den Pupillen ist keine Störung zu bemerken. Es besteht eine ziemlich bedeutende Herzerweiterung.

Das vorliegende Krankheitsbild zeichnet sich durch einige Züge aus, die sich bei keinem anderen Zustande in dieser Weise wiederfinden und daher sogleich eine bestimmte Diagnose ermöglichen. Dahin gehört zunächst die Unklarheit der örtlichen und zeitlichen Orientirung bei fast völliger Besonnenheit. Man kann sich lange Zeit mit dem Kranken unterhalten, ohne seine Geistesstörung zu bemerken, bis sich plötzlich zeigt, dass er keine Ahnung hat, wo er ist, und sämmtliche Personen vollständig verkennt. Paralytiker können zwar unter Umständen ein ähnliches Bild darbieten; dann ist aber immer auch das Gedächtniss für die Vergangenheit bedeutend gestört, während es hier für alle Einzelheiten bis auf die letzten Tage oder Stunden völlig treu ist. Noch eigenartiger fast ist das Gemisch von richtiger und falscher Auffassung bei unserem Kranken, der, ohne den Widerspruch zu empfinden, bald als Zecher in der Krone, bald als Kranker in der Klinik sitzt, bald Wirthe und Gäste, bald Aerzte um sich hat. Diese Unfähigkeit, bei leidlicher Besonnenheit und guter Herrschaft über das Gedächtniss solche handgreiflichen Ungereimtheiten zu berichtigen, erinnert uns an manche Erlebnisse im Traume und lehrt uns, dass wir es hier mit einem deliriösen Zustande, mit traumhafter Bewusstseinstrübung zu thun haben. Nehmen wir noch die lebhaften Gesichtstäuschungen, die Unruhe, das starke Zittern, den Alkoholgeruch hinzu, so haben wir alle wesentlichen Züge jenes Krankheitsbildes zusammen, das man als Delirium

tremens bezeichnet. Auch die Stimmung bietet eine eigenthümliche Mischung dar. Es hat fast den Anschein, als ob neben der Angst vor den drohenden Gefahren doch ein gewisses Gefühl für die Unsinnigkeit der Wahnvorstellungen besteht, für die lächerlichen Widersprüche zwischen Wahn und Wirklichkeit. Indessen ist die mehr humoristische Auffassung ihrer Lage den Trinkern auch sonst eigenthümlich.

Das Delirium tremens ist eine sehr rasch, meist in Zeiträumen von 4—5 Tagen verlaufende Krankheit, die sich nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickelt. Unser Kranker hat schon seit seinem 13. Jahre stark getrunken. Sein Vater soll leicht erregbar, ein Onkel früher sehr starker Trinker gewesen sein. Eine Tante hatte eine Wirthschaft, in der er schon als Knabe Bier austragen musste, wobei ihm überall angeboten wurde. Zu Hause bekam er täglich $^1/_4$ Liter Wein, trank dann viel in einer Schülerverbindung, der er angehörte; das Schnapstrinken lernte er in Amerika. Zuletzt trank er nach eigener Angabe täglich 6—7 Liter Wein und ausserdem 5—6 Magenbitter, ass fast nur Suppen. Schon vor einigen Wochen traten gelegentlich Gesichtstäuschungen auf, Mäuse, Ratten, Käfer, Kaninchen; er verkannte zeitweise die Personen und kam im Hemde in seine Wirthschaft. In den letzten Tagen verschlimmerte sich sein Zustand.

Der weitere Verlauf des Falles wird sich voraussichtlich so gestalten, dass in wenigen Tagen ziemlich plötzlich alle Störungen verschwinden*). Meist tritt die Klarheit, die ganz an das Erwachen aus einem Fiebertraume erinnert, nach einem langen Schlafe ein, während auf der Höhe der Krankheit der Schlaf nahezu gänzlich zu fehlen pflegt. Mit dem Aufhören des Deliriums sind die Kranken natürlich keineswegs gesund, sondern die Erscheinungen des Alkoholismus bestehen fort, wenn sie auch im Schutze des Krankenhauses kaum bemerkbar hervortreten. Ganz vereinzelt schliesst sich an das Delirium tremens ein eigenartiges, mit Sinnestäuschungen und lebhaften Wahnbildungen einhergehendes geistiges Siechthum an. Endlich gehen etwa 3—5 % der Kranken, unter ungünstigen Verhältnissen auch wohl noch mehr, an Lungen-

*) Nach 6 Tagen war das Delirium abgelaufen; der Kranke ist $1^1/_2$ Jahre später noch einmal im Rausche freiwillig zu uns gekommen, da er den Ausbruch eines neuen Deliriums fürchtete.

entzündungen, Herzschwäche, Verletzungen oder Selbstmord rasch zu Grunde.

Unser Kranker ist, wie er selbst angiebt, schon einmal in der Klinik gewesen und zwar vor 4 Monaten. Das Bild, das er darbot, war genau dasselbe wie jetzt, doch bestand starke Druckschmerzhaftigkeit der grossen Nervenstämme und Glykosurie. Auch damals waren einzelne Sinnestäuschungen längere Zeit vorausgegangen; der Kranke sah Ratten und Mäuse, äusserte Eifersuchtsideen und bedrohte Frau und Dienstmädchen mit einem Revolver. Bei der Aufnahme hatte er eine Flasche schweren Weines mitgebracht, aus der er rasch noch einige tüchtige Züge that. Am nächsten Morgen hatte er 3 epileptische Krampfanfälle. Das Delirium dauerte etwa 6 Tage; dann war er vollkommen klar und machte uns Aufzeichnungen über seine Erlebnisse während der Krankheit.

Ihm war es, als sei „Papustag“, an dem der Teufel umgehe. Er rannte mit dem Kopfe plötzlich gegen eine Marmorsäule, wollte ausweichen, aber auch quer über die Gasse stellte sich ihm eine mächtige Marmorplatte entgegen, ebenso, als er sich rückwärts wenden wollte. Beide Platten fielen drohend gegen ihn zusammen. Zwei verwegene Gestalten brachten ihn auf einem Karren in den „Ochsen“ und legten ihn auf das Todtenbett. Ein Ceremonienmeister sandte mittelst einer glühenden Scheere heisse Strahlen gegen seinen Mund, so dass seine Lebenskraft allmählich schwand. Auf seine Bitte erhielt er ein Glas Rothwein; ein weiteres Glas wurde ihm von Satanas selbst mit grinsendem Lächeln abgeschlagen. Er sagte dann unter allerlei frommen Ermahnungen den Umstehenden Lebewohl und verschied; gleichzeitig wurden ihm auch die Leichen seiner drei Töchter an die Seite gelegt. Im Jenseits wurde er nun damit bestraft, womit er auf Erden gesündigt hatte: er fühlte beständig einen unheimlichen Durst; so oft er aber nach Krug oder Glas griff, verschwand es aus seiner Hand.

Am nächsten Morgen lag er wieder lebendig auf der Todtenbahre im Ochsen, die Kinder ebenfalls, in Gestalt von weissen Hasen. Es fand Umzug der Katholiken statt; dabei musste er selbst mitwirken, indem er während des Absingens von Litaneien im Nebenzimmer der „Krone“ auf eine Unzahl am Boden liegender goldener Brillen drücken musste; es gab jedesmal einen Schuss. Die Theilnehmer an dem Umzuge beriethen nun, ob er blos durchgehauen oder

ganz todtgeschlagen werden sollte; die Kronenwirthin war für das erstere unter der Bedingung, dass er dauernd bei ihr wohnen müsse. Er wollte aber fort, weil er kein Bier bekam; dann kam ein Wachtmeister zu seiner Befreiung; der Kronenwirth schoss auf denselben mit dem Revolver und wurde ins Gefängniss abgeführt.

An einem anderen Abende war die ganze protestantische Gemeinde in der Kirche zu einer Feierlichkeit, deren Mittelpunkt ein Corpsstudent bildete, der vor Beginn des Gottesdienstes mit 50 Commilitonen auf kleinen Pferden eine Art Circusvorstellung gab. Später bemerkte der Kranke, dass seine Frau sich mit einem Verwandten in einen Kirchenstuhl zurückzog; er beobachtete darauf mit einer barmherzigen Schwester, hinter der Orgel versteckt, wie Jene das Heiligthum entweihten. Sodann war er in der Kirche eingeschlossen; schliesslich sägte der Glaser ein Loch in das Kirchenfenster, damit wenigstens Bier hereingereicht werden konnte. Beim Ankleiden waren alle Aermel und Löcher verstopft und zugenäht, die Taschen aufgetrennt. Im Bade sah sich dann der Kranke von 7 unter Wasser schwimmenden Hasen umgeben, die ihn beständig bespritzten und benagten.

Die hier in kurzem Abrisse wiedergegebene Schilderung der deliriösen Erlebnisse giebt uns einen klaren Begriff von dem traumartigen Zustande des Kranken, in dem sich einzelne wirkliche Wahrnehmungen, wie das Anstossen des Kopfes, mit massenhaften, ungemein deutlichen Trugwahrnehmungen, namentlich auf dem Gebiete des Gesichts und Gehörs, vermischen. Es ist, wie im Traume, eine ganze Kette der merkwürdigsten und abenteuerlichsten Begebenheiten, die sich abspielt, hie und da mit plötzlichem Scenenwechsel. Oft befinden sich die Kranken dabei in ihrer Thätigkeit; auch hier kann man wenigstens insofern von einem „Beschäftigungsdelirium“ reden, als überall wieder das Verlangen nach Stillung des Alkoholdurstes sich hervordrängt.

Auch bei unserem zweiten Kranken, einem 48jährigen Kaufmanne, werden Sie zunächst kaum etwas Auffallendes entdecken. Er giebt völlig geordnete Auskunft über seine Lebensschicksale, hat den Feldzug mitgemacht und einen Schuss in den Fuss erhalten. Das Datum kennt er, weiss, wo er sich befindet, giebt an, er sei aufgeregt, weil ihm Nachts Leute ins Fenster gestiegen seien. Plötzlich ruft er: „Das ist die Tante, die kreischt“, giebt an, er

sehe ein Kind dastehen. Dann blickt er zum Fenster hinaus und meint: „Ich glaube, sie ist es. Oder nicht? Doch, sie ist es“. Dass es sich um Sinnestäuschungen handelt, will er nicht zugeben. Beim Druck auf die geschlossenen Augen sieht er Nebel, dann einen rothen Streifen, eine Bank, auf der zwei Mädchen und eine alte Frau sitzen; sie halten die Hand in die Höhe. Nebenan ist ein Bär, darüber ein Esel; „da ist ein Gensdarm, halt, noch ein Gensdarm, dann ein Polizist“. Es waren Zeichnungen wie in Kleinkinderfibeln; er glaubt, dass er sie durch einen Spalt zwischen den Fingern habe sehen können.

Ueber seine Erlebnisse mit den nächtlichen Einbrechern erzählt er in ziemlich verworrener Weise, setzt immer voraus, dass man Manches davon schon wisse. Nach und nach erfährt man aber von ihm, dass er in der letzten Woche nach längerer arbeitsreicher Zeit, in der er auch regelmässig viel getrunken hatte, bei schlechter Nahrungsaufnahme einige Tage sehr stark kneipte, ohne Ruhe zu haben. Vor 5 Tagen, als er sich nach einer schweren Sitzung ins Bett legte, bemerkte er, dass kleine Schlangen und Skorpione an den Wänden, Frösche und Ratten am Boden herumliefen. Nachdem er sich den nächsten Tag ruhig verhalten hatte, stiegen Abends 2 Männer durch das Fenster und riefen ihm zu: „Guten Abend, Karlchen“. Auf sein Anreden antworteten sie nicht, und als er mit dem Stocke gegen sie schlug, traf er in die leere Luft. Später klopften sie wieder ans Fenster und drohten ihm; ein Geschwirre begann in seinem Kopfe und er fiel in Ohnmacht. Am nächsten Abende traten 2 Herren, 2 Damen und 2 Kinder in sein Schlafzimmer, setzten sich und flüsterten mit einander. Einer der Herren trat an sein Bett und verlangte die Unterzeichnung eines Wechsels von 5000 Mark. Auch diesmal liess sich die Gestalt nicht packen, verschwand aber sofort; die Thüre wurde zugeschlagen, und eine Stimme rief: „Bis morgen“! Die Frauen und Kinder blieben jedoch auf dem Sopha liegen, traten dann an das Bett und baten um Verzeihung.

Nach eifriger Arbeit am nächsten Tage sah der Kranke schon Nachmittags 2 Männer im Hausgange stehen und sich unterhalten; auch durch das Fenster grinsten 3 Kerle; sein Federhalter krümmte sich und machte Bücklinge. In seiner Angst stürzte er in der Nachbarschaft einige Glas Wein herunter, sah bei der Rückkehr

noch immer die Männer im Hausgange stehen, erhielt aber keine Antwort auf seinen Gruss. Da er auf dem Hofe unheimliches Gelächter von vielen Personen vernahm, hetzte er seinen Hund, der jedoch unbeweglich blieb. In einem Nebenzimmer hörte er seinen Geschäftsführer mit einem Herrn verhandeln, obgleich alle Thüren verschlossen waren; er erblickte auch Beide durch das Oberlicht in der Thüre; dann trat ein Schwindelanfall ein.

In Folge dieser Erlebnisse dachte der Kranke an Selbstmord, wurde davon nur durch das Erscheinen seines Töchterchens abgehalten. Wieder traten die beiden Herren bei ihm ein und ersuchten ihn, endlich den Wechsel zu unterschreiben. Bei einem Spaziergange bemerkte er zu seiner Verwunderung Reiterei, deren Pferde auf 2 Meter hohen Stelzen liefen und die auf dem Felde stehenden Hopfenstangenhaufen stürmten. Seine ihn begleitende Tochter suchte ihm seine Wahrnehmung vergeblich auszureden. Bei der Rückkehr nach Hause sah er überall grinsende Gesichter und in der Luft kämpfende Reiter mit goldenen Spiessen. Ein Herr trank ihm mit einem Becher zu und sagte ihm: „Heute gehen Sie uns nicht durch, und wenn Sie 12 Hunde bei sich haben“. Die Männer überreichten ihm dann sein eigenes, unter Doppelverschluss befindliches Checkbuch, um ihn zur Unterzeichnung zu zwingen, verschwanden aber auf sein Schreien. Sodann öffnete sich die Wand, und ein langer Zug kam ins Zimmer, voran ein „Präsident“ in goldstrotzender Uniform, dessen Tochter festlich ihre Verlobung feierte, bei der Wein nicht gespart wurde. Auch dem Kranken wurde angeboten; er beschwerte sich beim Präsidenten über den Einbruch in sein Haus, worauf dieser zusehends kleiner wurde und in der Wand verschwand. Er kam aber mit Wein und anderen Herrlichkeiten wieder, bot sie als Entschädigung an und lud den Kranken zu einem Concerte ein. Das Gelage endete; die ganze Gesellschaft verschwand, und eine Stimme forderte zum Besuche des Concerts auf, wohin der Kranke mit einem Begleiter durch die Luft ritt. Im Concertsaale war es völlig dunkel; Musik ertönte durch ein langes Pendel. Für den Kranken wurde eine Sammlung veranstaltet, die 740 Mark und einige Brillantringe und Uhren ergab, doch brannte Jemand mit dem Gelde durch, worauf ihm der Präsident den Tod schwor und versprach, am nächsten Morgen alles zu schicken. Nun wandte sich der

Kranke, der auch noch ein eingeschlichenes Liebespärchen in seiner Wohnung entdeckte, an die Polizei, die ihn der Klinik zuführte.

Ueber diese seine Erlebnisse berichtet der Kranke in halb verlegener, halb belustigter Stimmung; dazwischen weint er, weil er nach Hause in sein Geschäft müsse. Von der Wirklichkeit der geschilderten Vorgänge scheint er noch überzeugt zu sein. Eine leichte Unruhe ist auch an ihm deutlich. Körperlich ist starkes Zittern der gespreizten Hände, eine gewisse Unsicherheit beim Sprechen, Kleinheit und schlechte Reaction der Pupillen zu bemerken, doch sind letztere Störungen wohl auf den starken Opiumgebrauch zurückzuführen, der in den Krankheitstagen stattgefunden hat. Die Leber ist vergrössert; im Harn findet sich Zucker.

Eine Reihe von Zügen, die wir im vorigen Falle kennen gelernt haben, begegnet uns bei diesem Kranken wieder, die eigenthümlich abenteuerlichen, traumhaften Erlebnisse, die ausserordentliche sinnliche Deutlichkeit der Sinnestäuschungen, die halb ängstliche, halb humoristische Stimmung, die Unruhe, das Zittern. Dagegen ist der Kranke zur Zeit örtlich und sachlich orientirt. Das scheint während des Krankheitsverlaufes meist der Fall gewesen zu sein, zeitweise aber auch nicht, z. B. während des deliriösen Concertes. Wir können daher diesen Unterschied nicht für einen wesentlichen, sondern nur für einen gradweisen halten. Endlich haben wir auch bei dem letzten Kranken die Möglichkeit feststellen können, Sinnestäuschungen durch leichten Druck auf die Augen hervorzurufen, eine Erscheinung, die bei Alkoholdeliranten ungemein häufig ist. Wir werden daher nicht fehl gehen, wenn wir hier ebenfalls zur Annahme eines Delirium tremens gelangen*).

Beide Kranke hatten Zucker im Harn, der erstere allerdings nur vorübergehend. Das ist kein regelmässiger Befund; dagegen lässt sich auf der Höhe der Krankheit meist Eiweiss im Harne nachweisen; auch im Blute scheinen gewisse Umwälzungen vor sich zu gehen. Alle diese Erfahrungen deuten darauf hin, dass der Alkoholmissbrauch zu schweren Störungen im Körperhaushalte führt, die wir wahrscheinlich als die letzten Ursachen des Delirium tremens betrachten müssen. Um eine unmittelbare Alkoholvergiftung

---

*) Der Kranke ist nach 6 tägiger Dauer des Deliriums klar geworden.

kann es sich dabei schwerlich handeln, da das klinische Bild von dem des Rausches stark abweicht, da ferner das Delirium nach wenigen Tagen endet, selbst wenn weiter getrunken wird, und da endlich das Delirium auch noch einige Zeit nach völliger Enthaltung vom Alkohol auftreten kann. Dass die Entziehung des Alkohols nicht etwa der wichtigste, sondern wahrscheinlich überhaupt kein Anlass zum Ausbruche des Deliriums ist, lehren auch unsere Fälle. Beide Kranke tranken bis zur vollen Entwicklung der Krankheit weiter. Diese Erfahrung ist für die Behandlung des Leidens nicht ohne Bedeutung. Die Darreichung von Alkohol hat keineswegs den günstigen Einfluss auf den Verlauf der Störung, den man früher immer angenommen hat. Ich selbst behandle schon seit vielen Jahren das Delirium tremens ganz ohne Alkohol und habe allen Grund, damit zufrieden zu sein. Zur Bekämpfung der drohenden Herzschwäche ziehe ich Coffein, Kampher, nach Umständen Strophantus weit vor. Sehr gut haben sich uns warme Dauerbäder bewährt; von den Schlafmitteln halte ich das Paraldehyd für das wirksamste und zugleich ungefährlichste.

Die Besonnenheit und Klarheit, die der letzte Kranke trotz lebhaftester Sinnestäuschungen fast während des ganzen Deliriums gezeigt hat, bildet gewissermassen den Uebergang zu einer anderen, nahe verwandten Form der alkoholischen Geistesstörung. Der 35jährige Agent, den ich Ihnen als Beispiel zeige, wurde uns von der Chirurgischen Klinik zugeschickt; er hat sich das letzte Glied seines linken kleinen Fingers abgehackt. Der Kranke ist zunächst ruhig, völlig besonnen, über Zeit und Ort im klaren. Bei längerer Unterhaltung tritt jedoch deutlich eine geheime Angst bei ihm hervor. Er meint, er sei nicht närrisch, bleibe nicht da, weil er sonst seine Kinder nie wiedersehen werde. Dass er verurtheilt sei, von der Polizei verfolgt werde und hingerichtet werden solle, wisse er wohl; das Blutgerüst sei schon aufgeschlagen; er bitte um Gnade. Mitten im Gespräche verstummt der Kranke plötzlich, lauscht gespannt und giebt an, Stimmen zu hören, die er sehr deutlich unterscheiden könne. Ihm werde telegraphirt durch den Depeschenapparat, der hier im Hause sei. Auf Verlangen spricht er die gehörten Worte in rhythmischem Tonfall mit: „Sieben Eide — Vater kein Meineid — vier Meineide — nein, zwei — nicht ganz gewiss — brave Leute — ehrliche Leute — Vater Mutter Hals zu-

gedrückt — Sohn braver Mensch — Bruder ein, Bruder ein — gar kein Bruder — Vater hat Mutter Hals zugedrückt — weil nicht gesagt wurde, dass Frau es mit meinem Manne gehabt". So spricht er weiter, wie wenn er einer telegraphischen Mittheilung folge, fragt dann ganz ruhig: „Ist es denn wahr, dass mein Vater und meine Mutter gestorben sind?" Gebraust hat es in den Ohren, und dann habe er einen Schlag auf den Bauch gespürt, wie wenn Glas eindringe; wenn er hustete, stieg es ihm heiss in den Kopf.

Ueber Gesichtstäuschungen ist nichts zu erfahren. Auf die Frage, wie lange er krank sei, antwortet der Kranke ohne Zögern: „Seit $3^1/_2$ Wochen", obgleich er sich vorher für gesund erklärt hat. Die Stimmen haben damals angefangen; sie sagten: „frische Eier, gute Eier — Ende gut, alles gut — kommst heut nicht, kommst morgen". Alles ist ausgefragt worden; wenn er sich etwas dachte, wusste es der Mann, der zu ihm redete, auch. Gesehen hat er ihn nicht — „natürlich, er war ja weit fort". Andere haben sich über ihn unterhalten; die Frau merkte nichts davon. Einmal hörte er eine Stimme oben auf dem Speicher: „Ach Gott, wenn das mein Mann sieht!" Er ging mit dem Schürhaken hinauf, fand aber Niemand. Den Finger hat er sich abgehackt, weil ihm gesagt wurde, das solle eine Probe sein, ob er Muth habe, um in die Loge aufgenommen zu werden. Er war von einem Arzte hypnotisirt, der nun hier hingerichtet worden sei. Seinen drei Kindern sei der Hals abgeschnitten worden von der Frau; sie solle, wie die Stimmen erzählen, auch einen alten Mann todtgestochen haben.

Ueber die Entwicklung des Leidens haben wir erfahren, dass der Kranke aus gesunder Familie stammt, vor 11 Jahren geheirathet hat und 4 gesunde Kinder besitzt, während 3 gestorben sind. Er war immer etwas leichtsinnig, verschwenderisch, reiste seit 7 Jahren und trank seitdem sehr viel, wurde roh gegen seine Frau, reizbar und geschlechtlich ausschweifend. Vor etwa 4 Wochen kam er eines Abends unerwartet nach Hause, fiel sofort durch sein verstörtes Wesen auf, ass nichts, schlief nicht, jammerte, er sei hypnotisirt worden, solle geköpft werden, warf der Frau vor, dass sie sich mit Anderen abgegeben und dafür 20 000 Mark erhalten habe. Seine Hände zitterten dabei stark. Er war ruhelos, antwortete auf Stimmen, die er hörte, sprach vor sich hin, äusserte Verfolgungs-

ideen und bedrohte seine Umgebung. In der letzten Woche wurde er immer ängstlicher, wollte sich den Hals abschneiden, sich ersäufen, lief auch ins Wasser, brachte sich einige Stiche bei, war im Begriffe, sich ein Messer in den Unterarm hineinzutreiben, als die Frau es verhinderte; endlich hackte er sich das Fingerglied ab. Der Kranke selbst giebt an, dass er auf der Reise, als er anfing, Stimmen zu hören, plötzlich sehr ängstlich geworden sei und sich heim getrieben fühlte. Zu Hause hatten die Stimmen schon vorgebaut und alles berichtet. Sie theilten ihm mit, dass er mittelst einer Maschine von einem Arzte, der Gedankenleser sei und Wagner heisse, hypnotisirt worden sei; seine Frau sei als öffentliche Hure proclamirt worden. Der Kranke giebt zu, dass er stark getrunken habe; das sei in seinem Berufe nöthig. Er fügt hinzu: „Wenn ich wieder gesund bin, gehe ich lieber ins Cigarrengeschäft". Auf den Einwand, dass er doch morgen hingerichtet werde, meint er, er könne doch noch begnadigt werden; man werde vielleicht denken, den geisteskranken Kerl kann man doch nicht hinrichten. Körperliche Störungen sind jetzt ausser sehr schlechtem Schlafe und feinschlägigem Zittern der gespreizten Finger nicht mehr nachweisbar.

Das vorliegende Krankheitsbild hat wegen der rasch sich entwickelnden abenteuerlichen Wahnvorstellungen, der Lebhaftigkeit der Sinnestäuschungen, des merkwürdigen Gemisches von Wahn mit Krankheitseinsicht und der alkoholischen Entstehungsweise eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens. Es unterscheidet sich aber von demselben namentlich durch die weit längere Dauer, das Fehlen jeder Störung der Orientirung und das Vorherrschen von Gehörstäuschungen gegenüber dem Ueberwiegen der Gesichtstäuschungen in jener Krankheit. Auch die Unruhe pflegt geringer, das Zittern weit weniger ausgeprägt zu sein. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, das hier beobachtete Leiden nicht mit dem Delirium tremens zusammenzuwerfen, wenn es auch gewiss mit demselben nahe verwandt ist. Wir bezeichnen die Krankheit als Alkoholwahnsinn. Ihre Dauer kann sich über eine Reihe von Wochen und selbst Monaten erstrecken. Der Ausgang ist meist volle Genesung*), doch giebt es eine viel grössere

*) Unser Kranker ist nach 6wöchentlicher Dauer der Krankheit gesund geworden, soll jetzt, nach 7 Jahren, nicht mehr trinken, lebt aber von seiner Frau getrennt.

Reihe von Fällen, als beim Delirium, in denen unheilbare Schwächezustände zurückbleiben, gewöhnlich mit Haften einzelner Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Diesen ungünstigen Verlauf scheinen namentlich diejenigen Fälle zu nehmen, in denen neben den Täuschungen des Gehörs auch solche anderer Sinne auftreten. Leider sind jedoch die besonderen Eigenthümlichkeiten dieser Zustände bisher noch unvollkommen bekannt. Die Behandlung erfordert wegen der Selbstmordgefahr vor allem sorgfältigste Ueberwachung, sodann dauernde, völlige Entziehung des Alkohols. Wird diese nicht durchgeführt, so hat man sicher auf Rückfälle zu rechnen.

XII. Vorlesung.

Irresein nach acuten Krankheiten.

M. H.! Die 30jährige Dienstmagd, die ich Ihnen im Bette habe hereintragen lassen, macht schon auf den ersten Blick den Eindruck einer Schwerkranken. Sie liegt mit eingefallenen Zügen, leicht zitternd da, reagirt in keiner Weise auf Anreden, dreht höchstens leise den Kopf, spricht nichts. Auf eindringliches Zureden streckt sie langsam die Zunge heraus, die trocken, roth und mit braunen Krusten belegt ist; auch die Lippen und Zähne zeigen schmierige Auflagerungen. Andere Aufforderungen befolgt die Kranke nicht, vollführt aber allerlei unsichere, reibende Bewegungen. Ihr Gesichtsausdruck ist verständnisslos, heiter. Die Körperwärme ist etwas erhöht, der Puls über 100, weich, nicht dikrot. Die sonstige körperliche Untersuchung ergiebt ausser lebhaften Kniesehnenreflexen und Andeutungen von Fussklonus sowie geringem Eiweissgehalt im Harn keine greifbaren Veränderungen.

Versuchen wir, aus diesen spärlichen Anhaltspunkten wenigstens eine ungefähre Ansicht über das Wesen des vorliegenden Zustandes zu gewinnen, so bildet das wichtigste Krankheitszeichen auf psychischem Gebiete offenbar die schwere Benommenheit. Da die Kranke die Zunge gezeigt hat, ist es nicht wahrscheinlich,

dass ihr stuporöser Zustand auf Negativismus beruht; vielmehr werden wir annehmen dürfen, dass sie unsere Anreden mangelhaft auffasst und versteht. Eine Hemmung auf psychomotorischem Gebiete scheint ebenfalls nicht vorzuliegen, da ihre selbständigen Bewegungen zwar grosse Schwäche verrathen, aber ohne Schwierigkeit von Statten gehen. Eher können wir auf eine leichte Unruhe schliessen. Die Stimmung ist weder traurig noch ängstlich. Es besteht endlich irgend eine nicht ganz leichte acute körperliche Erkrankung, die zunächst nicht genauer zu erkennen ist.

Erkundigen wir uns nun nach der Entwicklung des Zustandes, so erfahren wir, dass der Grossvater der Kranken durch Selbstmord endete, dass ihre Mutter nervös ist und mehrere Geschwister jung an Krämpfen starben. Sie selbst war gesund bis vor 4 Tagen, hatte nur 2 Nächte vorher schlecht geschlafen. Nachdem sie Vormittags noch Besorgungen gemacht hatte, klagte sie Mittags über starke Hitze und gerieth sehr rasch in einen deliriösen Zustand, in dem sie sich unruhig im Bette herumwälzte, glaubte, sie müsse verbrennen, werde von dem Polizeidiener geholt und hingerichtet; sie sei der ewige Jude; die Leute schimpften über sie. In der Nacht wurde sie ruhiger, am nächsten Tage aber wieder so erregt, dass sie in die Klinik überführt werden musste. Hier zeigte sie hochgradigste Unruhe, wischte und streifte an ihrem Körper herum, wälzte sich hin und her, nestelte an ihren Haaren, so dass eine genauere Untersuchung unmöglich war. Auf Fragen antwortete sie nicht, redete völlig zusammenhangslos in einzelnen abgerissenen Sätzen vor sich hin, flocht dabei zufällig aufgefangene Wörter mit ein. Es machte den Eindruck, als ob die Kranke zahlreiche Gesichts- und Gehörstäuschungen habe. Nahrung nahm sie nicht zu sich; die Lippen waren trocken, mit Krusten bedeckt; es bestanden die Menses.

In der nächsten Nacht war die ziellose Unruhe wieder sehr gross. Die Kranke schwatzte verworren vor sich hin, rutschte auf dem Boden herum, warf die Beine in die Luft, klopfte auf die Dielen und an die Betten, riss andere Kranke heraus, schlug um sich, liess sich aus dem Bette fallen. Dabei wurde Taumeln und grosse Unsicherheit auf den Beinen bemerkt. Am dritten Krankheitstage dauerte die Unruhe fort, doch fing die Kranke bisweilen an, auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten, um freilich sofort wieder in ihre

verworrenen Reden hineinzugerathen. Einzelne Aufforderungen befolgte sie, zeigte die Zunge, als man es ihr vormachte. Die Körperwärme betrug Abends 38,4, liess sich nur unsicher messen. In der folgenden Nacht war die Kranke etwas ruhiger, faselte leise vor sich hin. Auch gestern früh war sie ruhig, sehr benommen, taumelig, redete leise und verworren, einzelne aufgefangene Wörter mit einflechtend. Die Temperatur war Morgens 37,5, Abends 38,4, der Puls 132; Mittags erfolgte ein dünner, gelber Stuhl ins Bett. Nachmittags bat die Kranke um Wasser, da ihre Zunge so trocken sei, gab an, sie habe keine Kopfschmerzen; der Arzt komme ihr bekannt vor; sie wisse aber nicht, wer er sei. Die Stimmung war gleichmüthig, etwas wechselnd, nicht vorwiegend ängstlich.

Die hier geschilderte Entwicklung macht wegen der Plötzlichkeit, mit der das Delirium ausbrach, die Annahme einer Paralyse, für die zudem jeder sonstige Anhalt fehlt, ganz unwahrscheinlich. Einer Dementia praecox, an die man auch wohl denken könnte, entspricht der psychische Zustand schwerlich. Vor allem ist hier im Gegensatze zu jener Krankheit die Auffassung schwer gestört, das Bewusstsein tief getrübt. Sodann waren die Reden der Kranken weder unsinnig noch stereotyp, sondern einfach zusammenhangslos, deliriös; in ihrem Benehmen sind keinerlei Andeutungen von Stereotypie, Befehlsautomatie oder Negativismus hervorgetreten. Nur eine grosse Ablenkbarkeit war festzustellen, weniger wohl durch äussere, als durch innere Reize. Auch die Möglichkeit eines manischen Stupors müssen wir zurückweisen. Wie geschildert, bestand auf psychomotorischem Gebiete keine Hemmung, sondern lebhafte Erregung mit Rededrang bei schwerster Benommenheit, während die Denkhemmung im manischen Stupor einerseits die Auffassung und den Gedankengang weit weniger zu beeinträchtigen pflegt, andererseits aber sich mit Hemmung der Willensregungen, auch auf sprachlichem Gebiete, verknüpft. In den Aeusserungen der Kranken war die Verworrenheit viel stärker, als in den gelegentlichen Reden der manisch Stuporösen. Endlich würde auch die ausserordentliche Schnelligkeit, mit der hier die schweren Erscheinungen hereinbrachen, für jene Krankheit ganz ungewöhnlich sein. Uns bliebe somit wesentlich nur noch die Annahme eines epileptischen oder hysterischen Dämmerzustandes übrig. In dieser Richtung ist zunächst zu bemerken, dass weder für die eine noch

für die andere Erkrankung in der Vorgeschichte irgend welche Anhaltspunkte vorhanden sind. Ferner fehlt vollständig die ausgeprägt ängstliche, gereizte oder schwärmerische Stimmung, die wir in jenen Zuständen nicht zu vermissen pflegen. Auch lässt sich aus den Reden der Kranken durchaus kein bestimmter deliriöser Inhalt entnehmen, was dort immer der Fall sein dürfte, sofern die Kranken sich irgendwie äussern. Die Verworrenheit ist viel grösser, als wir sie erwarten könnten, wenn die Kranken, wie die unsrige, überhaupt noch einzelne Fragen richtig auffassen und zu beantworten suchen.

Gerade in dieser letzten Beziehung erinnert der Zustand unserer Kranken sehr an gewisse Fieberdelirien, bei denen auch zwischen allem zusammenhangslosem Gefasel durch kräftiges Anreden noch einmal eine richtige Antwort zu erhalten ist. Da hier eine, wenn auch niedrige Steigerung der Eigenwärme vorhanden ist, so werden wir uns immerhin die Frage vorlegen müssen, ob nicht etwa eine schwere körperliche Erkrankung die Grundlage der psychischen Störung bildet. Dafür würde namentlich auch die Schwere des ganzen Krankheitsbildes, der Eiweissgehalt des Harns, die Krustenbildung an Zunge und Lippen, die grosse Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen bei der Kranken sprechen. Die geringe Steigerung der Temperatur an sich kann natürlich diese Störungen nicht hervorrufen. Dagegen weist uns die Plötzlichkeit der schweren Erkrankung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Eintritt einer Vergiftung hin. Allerdings sind die körperlichen Zeichen zur Zeit so vieldeutig, dass es nicht möglich ist, über die Art derselben ganz ins klare zu kommen. Wir wollen uns jedoch daran erinnern, dass im Beginne der Blattern und des Typhus nicht ganz selten derartige, plötzlich einsetzende deliriöse Zustände beobachtet werden, die im Beginne leicht mit anderen geistigen Störungen verwechselt werden können. Blattern sind nach der ganzen Sachlage von vorn herein sehr unwahrscheinlich; dagegen haben wir erfahren, dass in dem Heimathorte unserer Kranken wirklich zur Zeit einige Typhusfälle vorgekommen sind. Auch der bisherige Verlauf der körperlichen Störungen würde mit der Annahme eines beginnenden Typhus recht wohl vereinbar sein, wenn auch beweisende Anhaltspunkte aus demselben nicht gewonnen werden können. Uns ist jedoch auf Grund der hier vorgeführten Erwägungen schon bei

der ersten Untersuchung der Kranken die Diagnose eines typhösen „Initialdeliriums“ als die wahrscheinlichste erschienen.

Ist unsere Auffassung richtig, so wird der jetzige schwere Zustand nicht sehr lange dauern. Die Initialdelirien pflegen mit der weiteren Entwicklung der Krankheit zurückzutreten, können allerdings dann durch gewöhnliche Fieberdelirien, die mit weit geringerer Benommenheit einherzugehen pflegen, abgelöst werden. Auf der anderen Seite sind diejenigen Typhusfälle, die mit Initialdelirien beginnen, regelmässig ausserordentlich schwere, so dass mehr als die Hälfte dieser Kranken rasch zu Grunde zu gehen scheint. Wir müssen daher auch hier auf einen derartigen Ausgang gefasst sein*). Um ihn zu verhüten, werden wir ausser sorgfältiger körperlicher Pflege und Ueberwachung namentlich verlängerte Bäder, künstliche Ernährung und subcutane Kochsalzinfusionen in Anwendung zu bringen haben. Vielleicht gelingt es uns auf diese Weise, die Kranke über diesen ersten und gefährlichsten Abschnitt ihrer Erkrankung hinüberzubringen.

Glücklicherweise haben die übrigen, durch acute Krankheiten erzeugten Geistesstörungen nicht die gleiche schlimme Bedeutung wie die Initialdelirien. Vielmehr bilden sie mit wenigen anderen Formen die einzigen Gestaltungen des Irreseins, die auch im strengsten wissenschaftlichen Sinne eine vollständige, dauernde Heilung zulassen und fast immer erreichen. Ich zeige Ihnen hier eine 50 jährige Frau, die theilnahmlos dasitzt, aber auf Befragen mit leiser, müder Stimme Antwort giebt. Sie weiss, dass sie sich in einem Spital befindet, dass wir Aerzte sind, kann aber nicht angeben, wie lange sie hier ist und wie sie herkam. Die Gesichtsrose habe sie gehabt, und die sei in den Kopf zurückgeschlagen; dann war sie ganz verwirrt, weiss nicht mehr, was vorgegangen ist. Sie giebt zu, Stimmen gehört und Erscheinungen gesehen zu haben, kann aber nichts Genaueres darüber sagen, als dass Vögel herumflogen. Die Kranke fasst schwer auf, muss sich lange besinnen, auch bei einfachen Fragen, nach ihrem Alter und Geburtsjahr, Monat und Tag, antwortet zögernd und einsilbig, vielfach falsch

*) Die Kranke ist am 10. Krankheitstage früh gestorben. Der ganze weitere Verlauf wie der Leichenbefund entsprach demjenigen einer schweren Infectionskrankheit, am meisten dem eines Typhus.

oder doch unsicher. Für krank hält sie sich nicht. Aufforderungen befolgt sie erst nach wiederholten, eindringlichen Mahnungen. Die Stimmung ist etwas gedrückt, weinerlich, aber ziemlich stumpf. Ueber die Entwicklung der Krankheit wissen wir, dass die Frau aus gesunder Familie stammt und selbst gesund war, bis sie vor 3 Wochen wegen Kopfrose ins Krankenhaus kam. Dort trat plötzlich grosse Herzschwäche auf; zugleich äusserte die Kranke, sie sei todt, wollte nicht mehr essen, musste mit der Sonde ernährt werden. Nach einer nochmaligen Steigerung des Erysipels sank die Körperwärme vor 14 Tagen plötzlich auf 35,8, während die Kranke ganz theilnahmlos und verwirrt wurde und zu hallucinîren begann.

Das Bild, das die Kranke jetzt darbietet, lässt sich mit keiner der uns bisher bekannten Formen zur Deckung bringen. Es besteht wohl eine gewisse Aehnlichkeit mit dem circulären Stupor, doch ist einerseits die Verworrenheit und Unklarheit der Kranken zu gross, andererseits fehlt die lebhafte gemüthliche Depression, und endlich tritt in ihrem psychomotorischen Verhalten nicht sowohl eine Hemmung, die trotz der Anstrengung nicht überwunden werden könnte, als vielmehr eine gewisse Schlaffheit hervor. Auch in den Rahmen der Dementia praecox lässt sich der Zustand nicht einfügen. Ausgeprägtere Unbesinnlichkeit und Unklarheit findet sich bei dieser Krankheit fast nur im ersten Beginne neben lebhaften ängstlichen Gefühlsschwankungen und meist sehr deutlichen Gehörstäuschungen, über die wir bei der guten Auffassung der Kranken meist leicht Auskunft erhalten. Zudem fehlen bei unserer Kranken völlig die Absonderlichkeiten des Handelns und Wollens, die der Dementia praecox in allen Abschnitten der Krankheit ihr eigenartiges Gepräge zu geben pflegen. Wir würden demnach auch ohne Kenntniss der Vorgeschichte in dem vorliegenden Zustandsbilde keine der bisher besprochenen Formen des Irreseins erblicken.

Dagegen können uns die Zeichen der psychischen Lähmung, die uns auf dem Gebiete der Auffassung, des Denkens, der Erinnerung, des Fühlens und Handelns gleichmässig entgegentreten, darauf hinweisen, dass hier eine Schädlichkeit allgemeinerer Art eingewirkt haben dürfte, die nach allen jenen Richtungen hin ihren Einfluss geltend gemacht hat. Zunächst wäre etwa an eine Paralyse zu denken, für die jedoch in dem ganz negativen körperlichen Befunde

kein genügender Anhalt vorliegt. Unter diesen Umständen würden wir mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Annahme aufstellen dürfen, dass in unserem Falle eine acute körperliche Erkrankung voraufgegangen ist. In Wirklichkeit sind wir zu dieser Vermuthung freilich müheloser durch die Angaben der Kranken selbst gelangt, aber ich möchte Ihnen zeigen, dass wir zur Noth unseren Weg auch ohne dieselben zu finden vermögen.

Das ist deswegen wichtig, weil eine voraufgehende körperliche Erkrankung an sich durchaus nicht immer die Ursache der Geistesstörung zu sein braucht. Wir sehen vielmehr häufig genug, dass die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox, ja gelegentlich der Paralyse, durch eine körperliche Krankheit mehr zufällig ausgelöst werden. In solchen Fällen lässt sich selbstverständlich aus dem klinischen Bilde der Rückschluss auf die auslösende Ursache nicht durchführen. Zugleich aber dürfen wir dann an die Entstehungsweise der Geistesstörung keine Vermuthungen über ihren weiteren Verlauf und Ausgang knüpfen, wie es uns bei unserer Kranken gestattet ist. Sind wir sicher, dass die Psychose nur durch das Erysipel verursacht wurde, wie es uns hier die besondere klinische Gestaltung des Krankheitsbildes zeigt, so dürfen wir mit Bestimmtheit einen raschen und günstigen Verlauf des Falles voraussagen*). Die Behandlung wird wesentlich in Bettruhe und möglichst kräftiger Ernährung zu bestehen haben.

Als die eigentliche Grundlage derartiger Zustände haben wir wahrscheinlich Hirnrindenerkrankungen zu betrachten, die durch das Krankheitsgift erzeugt werden und sich allmählich wieder zurückbilden. Für diese Auffassung spricht hier wenigstens der Umstand, dass die ersten psychischen Störungen sich schon auf der Höhe des Erysipels gezeigt haben. Meist pflegt man diese Formen mit gewissen Zustandsbildern der Dementia praecox und des manisch- depressiven Irreseins unter dem Namen der „acuten, heilbaren Demenz“ zusammenzufassen; ich möchte aus dem angeführten Grunde hier lieber von einem infectiösen Schwächezustande sprechen und weiterhin den grössten Werth auf die

*) Die Kranke ist nach 6wöchentlicher Dauer der Störung vollständig gesund geworden und es bis jetzt, 5 Jahre lang, geblieben.

scharfe Abgrenzung von den auf den ersten Blick zwar recht ähnlichen, aber nach Ursache, Verlauf und Ausgang völlig verschiedenen Abschnitten anderer Krankheiten legen.

Dem vorigen trotz grosser äusserlicher Unterschiede nahe verwandt ist der folgende Fall. Es handelt sich um einen 30jährigen, verheiratheten Tüncher. Der kräftig gebaute Kranke ist mässig genährt, hat eine ausgebildete Mitralinsufficienz, eine alte Drüsengeschwulst an der rechten Halsseite und einen ziemlich gut geheilten Bruch des rechten Unterarms; sonst bestehen keine körperlichen Störungen. Er ist aufmerksam, fasst gut auf und giebt zunächst Namen und Alter richtig an, weiss aber nicht genau, wann er gekommen ist und wo er sich befindet; man habe von Irrenklinik gesprochen. Ueber sein Geschäft, seine früheren Verhältnisse giebt er geordnete Auskunft, geräth jedoch bald in eine gewisse Erregung und beginnt, in eigenthümlich zusammenhangsloser Weise zu jammern. Dabei mischt er allerlei Erlebnisse der letzten Zeit, wie die Sondenfütterung, Aeusserungen anderer Kranker oder der Aerzte, mit ein, auch Worte oder Gesichtseindrücke, die er gerade auffängt. „Wegen der Schläuch', das muss scharlachroth sein, wie die Natur, wie Blut, dass man das ganze Geschlecht ausreissen kann und retour machen. Wenn sie das Glas emporheben mit dem Gummischlauch, das währt 100 Jahr. Ich will nix wie heim. Sie wollen wir Händ' und Füss' abnehmen. Die Zeit kommen Ratten und Mäus' und alles auf der Welt. Alles kommt aus dem After. Ich thät sie todt drücken; von mir kämen sie; alle mit einander sagen sie's. Unsere Mutter und wir thäten von wilden Viechern leben, von Schlangen und alles, und von uns thät alles abstammen. Ha, wenn man kaput ist, dann soll man noch so rumfliegen, wenn die Augen raus sind und alles kaput ist, als böser Geist. Das ist ein Japanese, der erste Doctor. Die Stimmen reden so, als wenn's meine Frau und meine Kinder wären. Gesehen hab' ich Niemand. Wenn ich draus wär', wär' ich gesund, aber hier wollen sie ja das Geschlecht rausmachen. Im Bad sind sie, als wenn sie kaput wären. Wenn man die Schuhe hinstellt, dann sind sie fort". Die Aerzte „waren schon oft da, der eine am meisten; sie sagen, sie wären Aerzte"; die Namen weiss er nicht genau. Von den Hörern glaubt er, einen „mit der blauen Kravatt'", schon früher gesehen zu haben.

Wir haben hier zunächst festzustellen, dass der Kranke Einzelheiten, wie z. B. die Anwesenheit eines japanischen Collegen, gut auffasst und dabei ablenkbar ist. Es gelingt auch immer, ihn sofort zu unterbrechen und ihn zum Eingehen auf andere Dinge zu bringen; freilich schweift er bald wieder ab. Sehr gestört ist offenbar sein Verständniss der Eindrücke. Er begreift seine Umgebung und die Vorgänge um ihn herum nicht. Obgleich er hört und behält, wer wir sind, wo er ist, wird ihm nicht klar, dass die Verhältnisse den ihm gemachten Angaben entsprechen. „Ich kann das nicht auffassen“, sagt er selbst. Alles kommt ihm daher fremdartig und unheimlich, räthselhaft vor. „Ich bin wie verhext“, meint er; „was werden da für dumme Sachen gemacht? Hört doch auf, in Gottes Namen! Ich soll immerfort rasiert werden wie der Teufel; ich bin doch kein Teufel. Und dann kommt der Schlüssel, den zeigen sie mir alle Tag', dann wird aufgeschlossen; 's fehlt was, und ich soll's genommen haben“. Er ist „hier in Heidelberg, wenn's doch Heidelberg sein soll.“

Zu dieser Unfähigkeit, ein zusammenhängendes Verständniss der Ereignisse zu gewinnen, und der daran sich knüpfenden Rathlosigkeit gesellen sich Sinnestäuschungen. Der Kranke hört Stimmen, auf die er antwortet, anscheinend Vorwürfe, gegen die er sich zu vertheidigen sucht, und Drohungen. Er soll Räuber und Mörder sein; das männliche Geschlecht soll ihm weggerissen werden. Neben den Täuschungen findet aber vielfach auch noch eine wahnhafte Deutung wirklicher, unverstandener Wahrnehmungen statt. Als von einem Handtuche die Rede ist, fragt er: „Handtücher soll ich auch genommen haben?“ Seine Wahnvorstellungen sind alle depressiven Inhalts, wechseln aber vielfach und werden nicht weiter verarbeitet. Auch die Stimmung ist niedergeschlagen, weinerlich, zeitweise verzweifelt und gereizt. Einige Male hat der Kranke Versuche gemacht, sich das Leben zu nehmen. Aufforderungen befolgt er willig, streckt sogar die Zunge heraus, als man sagt, dass man sie abschneiden wolle, jammert zugleich, so etwas dürfe man doch nicht thun; die Zunge sei doch das Empfindlichste beim Menschen. Trotz seiner Angst ist er unfähig, abzuwehren, lässt vielmehr hülflos wie ein Kind alles mit sich geschehen.

In dem vorliegenden Krankheitsbilde begegnen uns somit bei guter Auffassung einzelner Eindrücke weitgehende Unfähigkeit

zur Verknüpfung derselben, zur Gewinnung eines Verständnisses der Lage und der Vorgänge, ferner grosse Ablenkbarkeit bei lebhafter Aufmerksamkeit, dann Sinnestäuschungen, depressive, wechselnde Wahnvorstellungen, traurig-ängstliche Verstimmung, Reizbarkeit und Unruhe bei grosser Willensschwäche. Es ist unmöglich, diesen Zustand in eines der früher besprochenen Krankheitsbilder einzuordnen. Gegenüber der Melancholie ist auf die schwere Störung des Verständnisses und des Willens hinzuweisen, gegenüber der circulären Depression ebenfalls auf die grosse Unklarheit des Kranken und die Art seiner Willensstörung, die keine Hemmung, sondern die Unfähigkeit bedeutet, das Handeln zweckmässig zu gestalten. Von den Verstimmungen der Dementia praecox endlich unterscheidet sich das klinische Bild durch das Missverhältniss zwischen guter Aufmerksamkeit und schlechter Gesammtauffassung, während dort bei geringer Aufmerksamkeit überraschend gut aufgefasst zu werden pflegt, ferner durch die Stärke der gemüthlichen Erregung und durch die einfache Rathlosigkeit des Handelns, denen dort gemüthliche Stumpfheit, Negativismus und Befehlsautomatie, triebartige Ausbrüche, Stereotypie und Manieren gegenüberstehen. Wollte man etwa noch an die Möglichkeit einer Paralyse denken, so würde dagegen das Fehlen aller körperlichen Zeichen, die geistige und gemüthliche Regsamkeit des Kranken trotz seiner Verworrenheit sowie sein gutes Gedächtniss und Urtheil für alle weiter zurückliegenden Vorgänge und Verhältnisse sprechen.

Wie es scheint, ist die hier gegebene Verbindung von guter Wahrnehmung und lebhafter Aufmerksamkeit mit schlechtem Verständnisse der Eindrücke, Ablenkbarkeit, gemüthlicher Verstimmung, Reizbarkeit, Erregung und Hülflosigkeit des Handelns kennzeichnend für gewisse Formen des Irreseins, wie sie nach acuten körperlichen Krankheiten auftreten, mögen dabei infectiöse Ursachen oder Erschöpfung die Grundlage des Krankheitsvorganges bilden. In der That ist auch hier eine acute Krankheit vorausgegangen, nämlich Gelenkrheumatismus. Der Kranke stammt aus gesunder Familie; nur soll sein Vater jähzornig gewesen sein. Er lernte gut, war ein fleissiger, nüchterner Arbeiter, heirathete mit 23 Jahren und hat 3 gesunde Kinder. Mit 14 Jahren machte er einen Gelenkrheumatismus durch. In gleicher Weise erkrankte er jetzt vor 10 Wochen, hatte viele Schmerzen. Nach 4 Wochen

verschwanden die Schmerzen plötzlich; zugleich aber begann der Kranke verwirrt zu sprechen, äusserte Versündigungs- und Verfolgungsideen, war sehr unruhig, betete viel, drängte hinaus, ass und schlief fast gar nicht mehr.

Bei der vor 5 Wochen erfolgten Aufnahme in die Klinik war der Kranke unklar, kannte die Jahreszahl, den Namen des Kaisers nicht, hörte Stimmen, namentlich seine Frau und seine Kinder, antwortete langsam, schwerfällig, sinngemäss, aber häufig verkehrt, vermochte einfache Rechnungen nicht auszuführen. Seine Stimmung war gedrückt, ängstlich; vorübergehend bestand Echolalie, Echopraxie und Katalepsie.. Diese letzteren Störungen erweckten damals zunächst den Verdacht einer Dementia praecox, der jedoch im Hinblicke auf das klinische Gesammtbild schon bei der ersten Untersuchung wieder aufgegeben werden musste. Wir wissen ja, dass die Befehlsautomatie allein nur das Zeichen einer Willensstörung ist, die bei sehr verschiedenen Formen des Irreseins zur Beobachtung gelangen kann. Der Ernährungszustand des Kranken war sehr schlecht, hat sich inzwischen schon wesentlich gehoben. Zugleich ist der Kranke regsamer und unruhiger, aber noch nicht klarer geworden, so, wie Sie ihn jetzt vor Sich gesehen haben.

Die hier geschilderte Entwicklung entspricht völlig unseren sonstigen Erfahrungen; namentlich ist das rasche Verschwinden der Gelenkschmerzen beim Auftreten der psychischen Störungen oft beobachtet worden. Wir können daher im Hinblicke auf das klinische Bild nicht zweifeln, dass hier wirklich der Gelenkrheumatismus als die Ursache des Irreseins anzusehen ist. Der Zustand selbst würde wohl am meisten demjenigen entsprechen, den man nach *Meynerts* Vorgang als *hallucinatorische Verworrenheit* oder *Amentia* zu bezeichnen pflegt. Leider aber werden mit demselben Namen auch eine ganze Reihe wesentlich andersartiger, nur äusserlich ähnlicher Zustände belegt, die zum grössten Theile der Dementia praecox, manchmal auch dem manisch-depressiven Irresein oder noch anderen Krankheiten angehören. So, wie wir das Bild hier abgegrenzt haben, bietet es uns, im Gegensatze zu den erwähnten Formen, die sichere Aussicht auf eine vollständige und dauernde Genesung. Haben wir, wie hier, wirklich eine Erkrankung vor uns, die nur durch das körperliche Leiden verursacht ist, so genügen Bettruhe, kräftige und sorgfältige Ernährung, unter

Umständen verlängerte Bäder und die gelegentliche Anwendung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, um den Kranken im Laufe einiger Monate wieder herzustellen*).

XIII. Vorlesung.

Delirien.

M. H.! Aus unseren bisherigen Betrachtungen haben Sie wiederholt entnommen, dass einerseits die Zustände, die demselben Krankheitsvorgange angehören, ausserordentlich verschieden aussehen können, während andererseits Bilder, die eine ganz verschiedene klinische Bedeutung haben, oft genug einander ungemein ähnlich sind. Wir müssen daraus den Schluss ziehen, dass diejenigen Krankheitszeichen, die in demselben Krankheitsverlaufe wechseln, in verschiedenen dagegen auf gleiche Weise wiederkehren, als allgemeine Begleiterscheinungen geistiger Störungen anzusehen sind, wie etwa Fieber, Pulsbeschleunigung, Schmerzen bei körperlichen Erkrankungen. Sie gestatten uns keine zuverlässigen Schlüsse auf die besondere Art des vorliegenden Leidens und sind unter diesem Gesichtspunkte als unwesentliche Krankheitszeichen zu betrachten, mögen sie an sich noch so auffallend oder gefahrdrohend sein. Ihnen stehen die oft viel unscheinbareren, diagnostisch wesentlichen, kennzeichnenden Störungen gegenüber, die wir in den verschiedensten Zustandsbildern derselben Krankheit immer wiederfinden und die uns daher die Natur des zu Grunde liegenden Leidens enthüllen. Ohne Zweifel kennen wir bisher erst einen sehr kleinen Theil der wesentlichen Krankheitszeichen. Es dürfte gelingen, festzustellen, dass so manche Störungen, die uns heute bei verschiedenen Krankheiten in ganz gleicher Form aufzutreten scheinen, bei genauester Zergliederung im einen und im anderen

*) Der Kranke ist nach 4monatlicher Dauer der Störung völlig genesen und auch jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, noch gesund.

Falle doch gewisse Unterschiede darbieten. Wir halten z. B. jetzt die manische und die katatonische motorische Erregung, die Willenshemmung und den Negativismus auseinander, von denen die ersteren beiden früher unter dem gemeinsamen Namen des Bewegungsdranges, die letzteren unter dem des Stupors zusammengefasst zu werden pflegten. Soweit wir schon im Stande sind, äusserlich ähnliche Zustände auf Grund kennzeichnender Eigenthümlichkeiten verschiedenartigen Krankheiten zuzuweisen, habe ich mich bisher bemüht, Ihnen Ziel und Weg zu zeigen. Auch heute wollen wir versuchen, bei einer kleinen Gruppe anscheinend nahe verwandter Krankheitsbilder die massgebenden Unterscheidungsmerkmale aufzufinden, die uns die Erkennung der besonderen klinischen Bedeutung des einzelnen Falles ermöglichen.

Der 40jährige, kräftig gebaute Lehrer, den ich Ihnen zuerst zeige, liegt mit etwas verfallenen Zügen und geröthetem Gesichte im Bette. Er befindet sich in beständiger Unruhe, wühlt in seinem Bettzeuge, reibt rhythmisch an seinen Armen und Beinen herum, sucht und pflückt an der Decke, wälzt und dreht sich; seine Bewegungen sind dabei zittrig und unsicher. Um seine Umgebung kümmert sich der Kranke gar nicht, giebt auf Befragen meist keine Antwort, sieht höchstens flüchtig auf, ist ganz mit sich beschäftigt, faselt abgerissen und unverständlich vor sich hin. Erst bei sehr eindringlichem Zureden gelingt es, seine Aufmerksamkeit zu erregen und einzelne Aeusserungen von ihm zu erhalten, die zunächst sinngemäss sind, aber rasch zusammenhangslos werden. Er sei mit 24 Jahren auf die Welt gekommen, Sohn vom Kaiser Wilhelm; sein Vater heisse Germanicus. Mit einem wunderschönen Judenmädchen sei er verlobt, weiss aber ihren Namen nicht mehr. Hier befinde er sich im Krankenhause; das gehöre ihm; bisweilen komme er sich etwas verrückt vor. Der Kaiser von Russland habe ihm 2 Milliarden Bergwerke geschenkt auf Neuseeland; die strotzen von Gold. Er müsse sterben, könne nicht sprechen, habe die Sehnen eines Menschenfressers, einen silbernen Arm, keinen Kehlkopf mehr. Man wolle ihm die Augen ausreissen, solle ihm ein neues Herz einsetzen. Die umliegenden Berge habe er bedeutend erhöht, könne Mäuse machen.

Der Kranke ist ablenkbar, knüpft an irgend einen zufälligen Eindruck an, springt ganz verworren von einem Gedanken zum

anderen über. In der Luft sieht er Vögel fliegen, spricht von Leuten draussen, die nicht herein kommen sollen, meint, er habe die ganze Nacht gearbeitet, die Borten von den Decken geschnitten. Seine Stimmung ist bald heiter, bald ärgerlich, zornig. Vorübergehend wird er ängstlich, bricht dann wieder in heftiges Schimpfen aus, verlangt, man solle den Wärter, der sich mit ihm zu schaffen macht, augenblicklich todtschlagen oder zusammenschiessen.

Das Zustandsbild, das wir hier vor uns haben, ist offenbar ein deliriöses. Der Kranke ist benommen, unklar, verworren, erregt und hat Sinnestäuschungen. Einzelne Züge dieses Bildes, das Zittern, die Unsicherheit der Bewegungen, das Sehen von fliegenden Vögeln, die heitere Stimmung, das Beschäftigungsdelirium, das Herumwühlen und Nesteln, erinnern uns sehr an die früher besprochenen alkoholischen Delirien. Dennoch haben wir eine Reihe wichtiger Abweichungen zu verzeichnen. Unser Kranker ist viel verworrener, als Alkoholdeliranten zu sein pflegen; er macht auch über seine früheren Lebensverhältnisse unsinnige Angaben; endlich weisen die von ihm geäusserten abenteuerlichen Wahnvorstellungen auf eine Veränderung des Persönlichkeitsbewusstseins hin, wie sie bei jenen Kranken niemals vorkommt.

Dagegen zeigt uns die körperliche Untersuchung des Kranken sofort den richtigen Weg. Schon bei seinen Reden haben wir bemerkt, dass seine Sprache schwerfällig, undeutlich, schmierend ist. Die Pupillen sind ungleich, lichtstarr; die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt. Die Gesichtszüge sind schlaff und ausdruckslos; die Zunge wird zitternd vorgestreckt. In den Beinen bestehen starke Spannungen, die es schwierig machen, den Kniesehnenreflex genauer zu prüfen; er lässt sich jedoch deutlich nachweisen. Gerade dieser Erscheinung begegnen wir ungemein häufig bei Paralytikern, bei denen auch durch die gebräuchlichen Kunstgriffe vielfach keine Entspannung der Beine zu erreichen ist. Am Kreuzbein besteht eine flache Hautabschürfung; an verschiedenen Stellen des Körpers finden sich kleine furunkulöse Geschwüre.

Die körperlichen Zeichen setzen es ausser Zweifel, dass wir es hier nicht mit einem rasch und voraussichtlich günstig verlaufenden Delirium tremens, sondern mit einem Zustande zu thun haben, der dem Formenkreise der Paralyse angehört. Bei dieser Auffassung haben auch die unsinnigen Grössen- und Kleinheits-

ideen des Kranken wie seine wahnhaften Angaben über sein Alter, seine Abstammung u. s. f. nichts Auffallendes mehr. Ueber die Entwicklung des Leidens erfahren wir, dass der Kranke, dessen Familienverhältnisse unbekannt sind, früher ein sehr unregelmässiges Leben geführt und starke Weine sehr geliebt hat. Ueber luetische Erkrankungen fehlen alle Angaben. Er war verlobt, strengte sich in letzter Zeit sehr an, um eine Staatsanstellung zu erhalten. Die Krankheit begann ganz allmählich mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, mangelnder Esslust und trauriger Verstimmung. Dann ging der Kranke viel ins Wirthshaus, trank mehr als sonst, wurde auffallend gesprächig, drängte sich in den Vordergrund, prahlte, gab sich für einen reichen Mann aus, machte grosse Bestellungen beim Juwelier und gerieth in immer wachsende Erregung, so dass er ins Krankenhaus und von da, wo er überaus gewaltthätig war, zu uns verbracht werden musste. Hier ist er seit 4 Wochen.

Wie Sie sehen, entspricht die Entwicklung der Krankheit vollständig der von uns auf Grund des jetzigen Zustandes gestellten Diagnose. Ja, wir erkennen jetzt auch, dass die Aehnlichkeit des Bildes mit einem Alkoholdelirium wahrscheinlich durch eine Mischung paralytischer mit alkoholischen Zügen bedingt war. Ich will indessen beiläufig bemerken, dass ähnliche, wenn auch etwas anders gefärbte Delirien auch bei Paralytikern ohne alkoholische Vergangenheit hie und da zur Beobachtung kommen. Die Form des vorliegenden Krankheitsfalles ist eine sehr schwere; sie entspricht derjenigen, die wir früher als galoppirende Paralyse erwähnt haben. Wir werden uns daher, wenn sich auch die Möglichkeit einer Remission nicht ganz ausschliessen lässt, auf einen raschen, ungünstigen Ausgang gefasst machen müssen, der entweder durch einen paralytischen Anfall, durch eine Schluckpneumonie oder durch irgend eine septische Infection herbeigeführt werden kann*). Wir behandeln den Kranken im Dauerbade, das sowohl auf seine Unruhe wie auf die Hautgeschwüre günstig wirkt. Da er die Nahrung bald gierig zu sich nimmt, bald längere Zeit völlig verweigert, ist vielfach Sondenernährung nothwendig. Bei drohender Herzschwäche werden wir zu Kochsalzinfusionen greifen.

---

*) Der Kranke ist 7 Wochen nach der Aufnahme im Anschlusse an einen paralytischen Anfall zu Grunde gegangen.

Der nächste Kranke, den ich Ihnen zeige, ein 26jähriger Goldarbeiter, befindet sich in so starker Erregung, dass er gehalten werden muss. Er sträubt sich dabei auf das lebhafteste, versucht zu beissen, schnaubt, schneidet Gesichter, schäumt, speichelt, fasst sein Hemd mit den Zähnen, um ein Stück herauszureissen, sucht mit den Händen irgend etwas zu packen, hält krampfhaft fest, was er ergriffen hat, windet sich, tritt mit den Füssen. Zureden macht anscheinend gar keinen Eindruck auf ihn; er sieht nicht auf, giebt keine Antwort, befolgt keine Aufforderungen, sondern ringt unter Aufbietung aller Kräfte mit trotzigem Gesichtsausdrucke, um sich den haltenden Armen zu entziehen. Plötzlich fängt er an, zu brüllen: „Hau, hau, hau — ob Ihr mich schwitzen — das ist ein rechter Christ — und das übrige soll hinausgehen! Dass alles davongeht! Den will ich hören, der kommt da. Ob Ihr mich zwingt — Du mein Ring — alles heraus, und mein' Sach' heraus, was Euch nicht gehört, alles“. Allmählich wird er ruhiger, so dass man ihn loslassen kann. Er sitzt nun aufrecht im Bette, den Oberkörper vornüber geneigt, die Arme lang ausgestreckt, nickt lächelnd mit dem Kopfe, fährt mit einem Tuche aus, als ob er schlagen wollte, versucht, es zu zerreissen, zieht es durch den Mund, lässt es sich nicht wegnehmen. Dabei ruft er: „Mein Geld her, mein Blut her, mein Schweiss her“. Dem Wärter entreisst er die Schlüssel, schreit: „Weg, wer schwitzt, alles weg, wer schwitzt! Da herein! Der, wo da gewesen ist und mich angenommen hat, bleibt da — hier, ha, gar kein' Sorg'!“ Er lehnt sich dann zurück, breitet die Arme aus, wickelt die Hände in die Rockzipfel und bleibt starr so liegen. Sucht man seine Stellung zu ändern oder seine Hand zu ergreifen, so geräth er sofort in starre Spannung; nähert man sich seinem Kopfe, so weicht er mit demselben etwas zurück, lässt sich aber ohne Widerstand in die Stirn eine Nadel stechen, die er nicht entfernt. Sprachliche Aeusserungen erfolgen nicht mehr; dagegen nickt der Kranke einmal mit dem Kopfe, als er gefragt wird, ob er den Arzt kenne. Eine genauere körperliche Untersuchung ist bei dem Widerstreben des Kranken nicht möglich.

Wollen wir diesen Zustand verwirrter Erregung richtig deuten, so haben wir zunächst festzustellen, dass die Wahrnehmung des Kranken anscheinend keine Störungen darbietet. Seine Versuche, etwas zu fassen, zu zerreissen, sich loszumachen, waren so geschickt,

wie sie nur bei raschester und vollständigster Verwerthung der Sinneseindrücke möglich sind. Wenn der Kranke sich trotzdem gegen alle Anreden und Aufforderungen ablehnend verhält, so kann das nicht auf mangelhafter Auffassung, sondern nur auf einem Widerstreben beruhen. Dieses Widerstreben aber könnte etwa durch Wahnvorstellungen oder durch Angst bedingt gewesen sein. Auf erstere deuteten weder die Handlungen noch die Reden des Kranken in irgend greifbarer Weise hin; jedenfalls dürfte es ungemein schwierig sein, das ganze absonderliche Verhalten aus bestimmten wahnhaften Gedankengängen zu erklären. Dass aber auch die Angst nicht die Triebfeder seines Handelns war, geht aus seinem Lächeln, namentlich aber aus der Gleichgültigkeit des Kranken gegen den Nadelstich hervor, während schon die leiseste Berührung seiner Hand sofort den starrsten Widerstand auslöste.

Gerade dieser letztgenannte Umstand macht es vielleicht am klarsten, dass wir es hier mit dem Krankheitszeichen des Negativismus zu thun haben, mit triebartigem Widerstreben ohne Begründung durch Angst oder Wahnbildungen, die weit häufiger fehlen, als sie vorhanden sind, mithin keinesfalls die wahre Ursache der negativistischen Erscheinungen bilden können. Der Negativismus aber kommt, soviel heute feststeht, abgesehen von gewissen, noch wenig erforschten Krankheitszuständen des Greisenalters, wesentlich nur in der Dementia praecox, hie und da auch in der Paralyse zur Beobachtung. Die letztere Krankheit können wir bei der Unmöglichkeit einer körperlichen Untersuchung nicht mit voller Sicherheit ausschliessen, doch macht schon das Lebensalter des Kranken sie sehr unwahrscheinlich; auch die grosse Gewandtheit seiner Bewegungen spricht gegen jene Annahme. Dagegen erinnert uns der unvermittelte Wechsel zwischen sinnloser Erregung und starrer Spannung, das Einnehmen eigenthümlicher Stellungen, endlich die hochgradige Verworrenheit der Reden bei guter Auffassung, die einförmige Wiederkehr einzelner Wendungen, der Mangel jeder inhaltlichen Beziehung der Ausrufe zur gegebenen Sachlage lebhaft an unsere früheren Erfahrungen über das Krankheitsbild der Katatonie. Auch das Speicheln gehört hierher, da es in der Dementia praecox überaus häufig vorübergehend oder dauernd aufzutreten pflegt. Wir werden somit unseren Kranken mit grösster Wahrscheinlichkeit für katatonisch halten müssen.

Ueber die Entwicklung des Leidens ist zu bemerken, dass der kräftig gebaute Kranke aus gesunder Familie stammen soll, aber von Jugend auf etwas absonderlich war. In seiner Soldatenzeit, die er sonst zur Zufriedenheit erledigte, fiel ein eigenthümliches Mienenspiel auf. Die jetzige Krankheit begann ganz plötzlich vor etwa 8 Wochen. Nachdem der Kranke in einer Nacht sehr unruhig gewesen und 12mal aufgestanden war, fing er in der nächsten an, zu stöhnen und laut zu rufen, warf verschiedene Gegenstände aus dem Fenster. Am anderen Tage war er gereizt, sprach zeitweise verwirrt, erinnerte sich aber seiner Handlungen in der Nacht. Nun steigerte sich seine Erregung sehr rasch. Er fragte, ob er gehenkt oder geköpft werden solle, wollte sich selbst aufhängen, wurde sehr gewaltthätig, warf seine Mutter zu Boden, stiess einen Ofen um und sprang schliesslich, obgleich er an Händen und Füssen gefesselt worden war, zum Fenster hinaus, ohne sich jedoch ernstlich Schaden zu thun. Bei der 4 Tage später erfolgten Aufnahme in die Klinik war der Kranke ganz ruhig, völlig klar, hatte nur mangelhafte Erinnerung an das Vorgefallene, äusserte sich wenigstens fast gar nicht darüber, zeigte aber auch kein Bedürfniss, über seine Erlebnisse und seinen Zustand ins klare zu kommen, machte sich keine Gedanken wegen der Zukunft.

Bei dem fast plötzlichen Beginne des heftigen, von lebhaften Angstzuständen und Verfolgungsideen begleiteten, verwirrten Erregungszustandes, bei dem raschen Schwinden der Krankheitszeichen und der sehr unvollkommenen Erinnerung an den Anfall lag damals die Vermuthung einer epileptischen Geistesstörung sehr nahe. Dennoch mussten wir bei genauerer Prüfung diese Annahme als unwahrscheinlich zurückweisen, da dem Kranken nach dem Aufhören der Erregung, obgleich eine deutliche Verstandesschwäche nicht vorhanden war, doch gänzlich die klare und vollkommene Krankheitseinsicht mangelte, die wir beim Epileptiker nicht vermissen. Derartige Kranke pflegen genau zu empfinden, dass sich von einem gewissen Zeitpunkte an eine tiefgreifende krankhafte Umwälzung in ihnen vollzogen hat, deren Ende sich durch die Berichtigung der Wahnvorstellungen und das Bestreben andeutet, die krankhaften Vorgänge vom gesunden Leben möglichst scharf abzugrenzen. Erst bei vorgeschrittener Verblödung kann sich diese klare Stellungnahme gegenüber den Krankheitszuständen allmählich

verwischen. Bei unserem Kranken fehlten übrigens auch in der Vorgeschichte alle Zeichen, die eine Diagnose der Epilepsie hätten begründen können. Wir kamen somit schon damals zu dem Schlusse, dass es sich um einen katatonischen Erregungszustand gehandelt habe, dem eine Remission von voraussichtlich nicht sehr langer Dauer folgen werde.

In der That war der Kranke nur 4 Wochen zu Hause, wurde dann von neuem erregt, und ist uns gestern in dem Zustande wieder zugeführt worden, in dem Sie ihn vor Sich sehen. Auch jetzt werden wir vielleicht darauf rechnen dürfen, dass die Erregung nicht allzu lange dauert und in eine neue Remission oder in Stupor ausgeht. Dagegen ist mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, dass nach mancherlei Zwischenfällen schliesslich doch ein mehr oder weniger hoher Grad von geistiger und gemüthlicher Schwäche zurückbleiben wird*). Die Behandlung bietet augenscheinlich grosse Schwierigkeiten, da der Kranke ganz unberechenbar ist und jeden Augenblick die schwersten Gewaltthaten gegen sich oder gegen Andere begehen kann. Er bedarf daher sorgfältigster Ueberwachung im Bette oder im Bade. Steigt die Erregung zeitweise so, dass auch die Bäderbehandlung unmöglich wird, so werden wir, zur Noth unter Beihülfe von Hyoscin, zu regelmässigen feuchten Wicklungen schreiten, die in solchen Fällen oft überraschend gute Dienste thun. Das anfängliche Widerstreben der Kranken pflegt sich sehr bald zu verlieren. Nach je 2 Stunden befreien wir den Kranken wieder aus der Wicklung, wiederholen diese letztere aber nach Bedarf in kurzen Zwischenpausen so oft, bis einige Beruhigung eingetreten ist und der Kranke wieder ins Bad gesetzt werden kann. In der Regel pflegt das nach wenigen Tagen erreicht zu sein.

Auch der dritte Kranke, den Sie heute vor Sich sehen, ein 39jähriger Cigarrenmacher, muss von mehreren Wärtern überwacht werden. Er liegt zwar im Augenblicke ruhig, hastig athmend, mit

*) Der Kranke hat sich allmählich soweit gebessert, dass er ein halbes Jahr später nach Hause zurückkehren konnte. Nach einem weiteren halben Jahre wurde er jedoch von neuem erregt, bot wie früher bei völliger Besonnenheit einen unregelmässigen Wechsel von negativistischem Stupor, Gleichgültigkeit und triebartiger Gewaltthätigkeit mit Neigung zu Wortspielereien und Grimmassiren dar. Seit $1^1/_2$ Jahren befindet er sich unverändert in einer Pflegeanstalt.

starr geöffneten Augen und weiten Pupillen da, rührt sich auch nicht, wenn man ihn anredet, kneift oder selbst die Cornea berührt. Die Kniesehnenreflexe sind ungemein lebhaft. Plötzlich springt der Kranke auf, sucht aus dem Bette zu stürzen und schlägt mit sinnloser Gewalt auf den Nächsten los, so dass er nur mit grösster Mühe gehalten werden kann. Dabei ruft er laut: „Lass sie raus, jetzt kommt's, Mutter, Mutter — geh weg, lass sie vorbeilaufen, Hülfe, helft mir — Hülfe, komm, wir gehen da heraus, Jesus, Maria — lass sie vorbei, Käthchen, komm, nimm mich zu Dir, Käthchen", indem er die Schlussworte vielfach wiederholt. Allmählich wird er ruhiger, murmelt leise vor sich hin, sinkt zurück und liegt nun wieder regungslos wie vorher da. Nach 5—10 Minuten wiederholt sich die frühere Erregung mit plötzlichem Aufspringen. Aus den abgerissenen Aeusserungen des Kranken können wir folgende verstehen: „Geh nicht so nah, Du fällst rein, wirf ihm was hin. Was legst Du denn dahin? Wieder schliess' ich den Schrank. Wir gehen nicht aus; es geht nicht. Du Bulldogg, geh' doch weg! Das Aas! Fritz, spann ein oder ich drück' Dir die Kehle zu. Schmeiss ihn doch rein; drück ihn, dass er zufrieden ist. Das Aas hetzt den Hund auf mich!" Mit den Zeichen der fürchterlichsten Angst fährt er fort: „Die Grossmutter, die rothe Hexe, lacht noch; Fritz, jetzt bringt er auch noch seine Jungen mit! Jetzt packen sie mich bei meinem neuen Rock, Hermann. Gehen Sie eine Treppe höher; ich bin es nicht. Lass mich weg; ich muss in die Fabrik, Theres" u. s. f. Dieser Wechsel von Erregung und stuporösem Daliegen wiederholt sich eine ganze Reihe von Malen. Auch in der Erregung ist es übrigens unmöglich, den Kranken zu irgend einer Antwort oder Reaction auf Anreden zu veranlassen.

Trotz vieler äusserlicher Aehnlichkeiten unterscheidet sich dieser Kranke von dem vorigen sofort dadurch, dass er schwer benommen ist. Seine Angriffe geschehen mit grosser Gewalt, aber ganz ohne die Gewandtheit und geschickte Ausnutzung jedes Vortheils, die wir dort beobachteten. Da der Kranke auf keinen äusseren Reiz reagirt, haben wir hier keinen Anlass, anzunehmen, dass er negativistisch ist, zumal er in den Pausen bisweilen seine Arme ganz willenlos bewegen lässt. Auf der anderen Seite sind die Reden des Kranken zwar abgerissen, aber durchaus verständlich.

Man erkennt leicht, dass er in einer Traumwelt mit wechselnden Vorgängen lebt, denen seine Aeusserungen entsprechen. Endlich aber bestehen bei ihm deutliche, sehr heftige Gemüthsschwankungen, namentlich ängstlicher Art, in denen er sich von Gefahren umgeben glaubt und sein Leben vertheidigt. Der Zustand ist also offenbar ein deliriöser.

Von den uns bisher bekannten Delirien würde wegen der tiefen Benommenheit und bei dem Fehlen der eigenartigen Unruhe wie des Zitterns das alkoholische Delirium von vorn herein auszuschliessen sein. Auch für ein gewöhnliches Fieberdelirium ist die Bewusstseinstrübung zu tief; derselbe Grund spricht neben dem Fehlen der kennzeichnenden Willensstörungen gegen die Annahme eines katatonischen Erregungszustandes. Allerdings könnte das vielfache Wiederholen derselben Ausrufe als katatonische Stereotypie aufgefasst werden; ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass es sich hier um Ausrufe handelt, die ihrem Inhalte nach den Ausdruck ängstlicher Stimmungen bilden. Ihre Wiederholung erklärt sich daher aus der lebhaften Angst selbst recht gut, ohne dass wir Grund hätten, einen ziellosen, triebartigen Zwang anzunehmen. In einem paralytischen Delirium oder im Initialdelirium eines Typhus begegnen wir zwar auch tiefer Benommenheit, doch werden wir weder dort noch hier dem Inhalte der viel verworreneren Delirien einigermassen zu folgen im Stande sein. Die äussere Wahrnehmung ist in beiden Zuständen weniger, der Zusammenhang der Delirien dagegen weit stärker gestört, als hier. Zudem sind die Bewegungen bei unserem Kranken von solcher Kraft und Wucht, wie wir sie in den genannten Zuständen schwerlich erwarten dürften.

Endlich aber entspricht das vorliegende Bild mit seiner tiefgreifenden Auffassungsstörung, seinen lebhaften Delirien, seiner heftigen Angst, der Neigung zu rücksichtslosen Gewaltthaten und dem Wechsel von Stupor und plötzlich einsetzender Erregung auf das genaueste demjenigen gewisser epileptischer Dämmerzustände. Auch die weiten, reactionslosen Pupillen sprechen für diese Auffassung. Wir werden daher erwarten dürfen, dass bei dem Kranken nach ganz kurzer Zeit, wahrscheinlich schon nach wenigen Tagen oder Stunden, Beruhigung, Klarheit und Krankheitseinsicht ohne deutliche Erinnerung an die jetzigen Vorgänge eintreten wird, dass

sich aber früher oder später ähnliche Vorgänge wiederholen werden. Die Behandlung wird sich unter diesen Umständen auf genaue Ueberwachung des Kranken beschränken können, den wir in ein gepolstertes Bett gelegt haben.

Sehen wir uns nun in der Vorgeschichte des Kranken danach um, ob in ihr weitere Anhaltspunkte für unsere Auffassung aufzufinden sind, so erfahren wir, dass ein Bruder seiner Mutter geisteskrank war. Er selbst wurde mit 9 Jahren überfahren, war damals einige Tage bewusstlos. Später hat er längere Zeit ziemlich stark getrunken, konnte aber nicht viel vertragen. Bis zu seinem 4. Lebensjahre litt er an Gichtern und Bettnässen. In der Schule traten noch vielfach leichte Schwindelanfälle auf, doch lernte er ganz gut. Auch späterhin war ihm öfters Morgens sehr schwindlich. Mit 34 Jahren trat bei ihm zum ersten Male im Anschlusse an stärkeren Alkoholgenuss ein Zustand auf, in dem er delirirte, Grössenideen äusserte, nicht mehr wusste, wo er sich befand, und erst nach 8 Tagen in einer psychiatrischen Klinik wieder zu sich kam. Er führte dann ein sehr unstetes Leben; es trieb ihn häufig ohne bestimmten Grund wieder von seiner Arbeit fort, so dass er alles, auch Geldforderungen, im Stiche liess und aufs Gerathewohl in die Welt hinaus fuhr. Die Dämmerzustände wiederholten sich dann noch mehrfach und führten ihn in verschiedene Irrenanstalten. In einem solchen Zustande kam er vor etwa 4 Wochen zu uns, wurde aber rasch wieder klar. Einige Tage nach der Aufnahme trat ein neuer derartiger Anfall auf, nachdem der Kranke schon den ganzen Tag über verstimmt gewesen war. Der Anfall glich ganz dem jetzigen. Nach 3 stündiger Dauer desselben verfiel der Kranke in einen tiefen Schlaf, aus dem er am nächsten Morgen ohne Erinnerung an das Vorgefallene erwachte. Sehr deutlich waren wiederholte Verstimmungen, die von dem Kranken selbst sehr gut geschildert wurden. Er fühlte sich, „wie wenn er einen Mordskatzenjammer hätte“, musste ohne Grund in eine Ecke starren, meinte, man solle ihn doch lieber umbringen; das Leben habe für ihn ja doch keinen Werth mehr. Auch Fortdrängen wurde in diesen Zuständen beobachtet. Nach 1—2 Tagen war alles vorüber. Den Dämmerzuständen, die selbst ganz plötzlich einsetzten, gingen regelmässig derartige Verstimmungen voraus. Der geringfügigste Anlass konnte ihn dann in die heftigste Wuth versetzen.

Diese Vorgeschichte entspricht, wie Sie sehen, ganz unseren Erwartungen. Allerdings sind eigentliche epileptische Krampfanfälle bei unserem Kranken höchstens in der frühesten Kindheit aufgetreten. Späterhin wurden nur Schwindelanfälle, namentlich aber die ungemein kennzeichnenden Verstimmungen und Dämmerzustände sehr schwerer Art beobachtet, deren Auftreten durch Alkoholgenuss begünstigt wurde. Die regelmässige Wiederkehr dieser Zustände, die tiefe Bewusstseinstrübung dabei, ihr rascher Ablauf, die Erinnerungslosigkeit hinterher lassen an der epileptischen Natur dieser Anfälle nicht den geringsten Zweifel, auch wenn man die nicht minder eigenartigen Verstimmungen nicht als sicheren Beweis für das Bestehen einer Epilepsie gelten lassen will. Offenbar geht die Krankheit bis in die Jugend zurück; der Unfall im 9. Jahre ist schwerlich, wie man zunächst denken könnte, als die Ursache des Leidens anzusehen, das höchst wahrscheinlich schon vorher bestand. Trotz dieser langen Dauer der Krankheit ist übrigens der Kranke nicht nennenswerth verblödet. Er zeigt zwar die Pedanterie, die Empfindlichkeit und die äusserliche Frömmigkeit der Epileptiker, besitzt aber ganz gute Kenntnisse, ein leidliches Urtheil und die Neigung, sich nicht nur körperlich, sondern auch geistig zu beschäftigen. Gleichwohl wird bei der Gefahr, die er für sich und seine Umgebung bedeutet, die dauernde Unterbringung des Kranken in einer Anstalt schwerlich zu umgehen sein*).

XIV. Vorlesung.

Wochenbettirresein.

M. H.! Die Umwälzungen, welche durch die verschiedenen Abschnitte des Fortpflanzungsgeschäftes im weiblichen Körperhaushalte hervorgerufen werden, sind so tiefgreifende, dass sie auf die Entstehung und den Verlauf von Geistesstörungen nicht ohne Einfluss bleiben können. In der That sehen wir psychische Krank-

*) Der Kranke befindet sich unverändert in einer Pflegeanstalt.

heiten im Wochenbette sich bei etwa 7% der in Irrenanstalten aufgenommenen Frauen entwickeln, etwas seltener in der Schwangerschaft oder während des Säugegeschäftes. Auch in unseren bisherigen Betrachtungen sind wir wiederholt derartigen Fällen begegnet. Die Erfahrung zeigt indessen, dass nicht alle derartigen Beobachtungen gleichwerthig sind. Man pflegt zwar oft von einer „Puerperalmanie" im Sinne einer besonderen, nur durch das Wochenbett erzeugten Form des Irreseins zu sprechen, doch lässt sich diese Ansicht heute nur noch in beschränktem Umfange aufrecht erhalten. Wo wirklich eine „Manie" im Wochenbette auftritt, ist sie, wie jede andere Manie, nur ein Glied in der Kette von Anfällen des manisch-depressiven Irreseins; das Wochenbett darf also nicht als die Ursache, sondern nur als der letzte Anstoss zum Ausbruche der Krankheit angesehen werden. Dem entsprechend müssen wir darauf gefasst sein, dass sich weitere Anfälle auch nach irgend einem sonstigen oder ganz ohne Anlass einstellen. In der Regel aber entwickeln sich im Wochenbette überhaupt keine manischen, sondern wesentlich andersartige, wenn auch äusserlich ähnliche Krankheitsbilder, unter denen namentlich die katatonischen Erregungszustände sehr häufig sind.

Eine in der Schwangerschaft entstandene Erkrankung bietet eine 29jährige Frau dar, die vor einem Jahre bei uns geboren hat. Die Kranke ist mittelgross, schlecht genährt, zeigt eine fahle Hautfarbe und bläuliche Verfärbung der Lippen wie der Hände und Füsse. Die Nasenspitze, die Finger und Zehen sind auffallend kalt. Der Gesichtsausdruck ist eigenthümlich gespannt; auf der Stirn sehen Sie tiefe Querfalten, während die Augenbrauen zusammengezogen sind. Beim Befragen giebt die Kranke, die hereingeführt werden musste, zunächst keine Antwort, sondern schüttelt verständnisslos mit dem Kopfe. Nach längerem Zureden erhält man jedoch von ihr kurze, einsilbige, halblaut hingeworfene Auskunft über ihren Namen, ihren Geburtstag, die Namen ihrer Kinder. Mehrfach wiederholt sie dabei erst die Fragen, bevor sie antwortet. Zwischendurch steht sie auf, geht ans Fenster, sieht hinaus, nennt halblaut den Namen eines zufällig vorübergehenden, ihr bekannten Mannes, beachtet aber sonst ihre Umgebung sehr wenig, blickt vor sich hin, schaut nicht auf, wenn man sie anredet. Aufforderungen befolgt sie zögernd, hält auch bisweilen mitten in der Ausführung

inne. Beim Handgeben berührt sie nur lässig meine Fingerspitzen und zieht dann ihre Hand wieder zurück. Fassen wir ihre Hand fest, so bemerken wir eine gewisse Spannung, die sich indessen durch leichte Gewalt überwinden lässt. Ist das geschehen, so zeigt die Kranke deutliche Katalepsie. Auf mehrfache kräftige Aufforderung erhebt sie sich langsam, geht an die Tafel und schreibt den Namen ihres jüngsten Kindes an, zählt auch zweistellige Zahlen schriftlich richtig und ziemlich rasch zusammen.

Die Gemüthslage der Kranken zeigt keine bestimmte Färbung. Die Kranke ist weder heiter noch traurig, auch nicht ängstlich. Man kann ihr eine Nadel in die Stirn oder das Augenlid stechen, ohne dass sie lebhaftere Abwehrbewegungen macht; sie zieht dieselbe vielmehr langsam heraus und legt sie wieder auf den Tisch. Weder ihr Benehmen noch ihr Gesichtsausdruck verräth irgend welche Theilnahme an den Vorgängen in der Umgebung; nur bei einer scherzhaften Bemerkung, die sie auffasst, verzieht sich ihre Miene vorübergehend zu einem blöden Lächeln. Sich selbst überlassen murmelt sie leise schwerverständliche Sätze vor sich hin, die sie mit einförmigen, wiegenden Bewegungen des Körpers und der Arme begleitet: „Die haben mich caput gemacht — die sollen ein Gedicht machen — ich muss nach drüben“ und ähnliches. Sie wiederholt dieselben Wendungen viele Male hintereinander, giebt aber trotz eindringlichsten Fragens keine weitere Erläuterung, schüttelt höchstens mit dem Kopfe. Einmal geht sie auch an die Thüre und murmelt: „Ich will 'naus“, entfernt sich aber nicht, als ihr die Thüre geöffnet wird, schliesst dieselbe vielmehr wieder und wiederholt nur, indem sie mit dem Knie regelmässig dagegen stösst: „Ich muss 'naus“. Sehr bemerkenswerth ist endlich noch die reichliche Absonderung zähen, übelriechenden Speichels, den sie von Zeit zu Zeit rücksichtslos auf den Boden entleert. Sonstige körperliche Störungen sind bei der Kranken nicht nachzuweisen.

Das ganze Verhalten der Kranken lässt keinen Zweifel darüber, dass sie blödsinnig ist. Auf der einen Seite ist sie im Stande, einen Bekannten sofort zu erkennen und Rechenaufgaben rasch und richtig zu lösen, während sie auf der anderen Seite über ihre Zustände nicht die geringste Auskunft zu geben und ihre Lage gar nicht zu beurtheilen vermag. Es handelt sich daher nicht etwa um eine Bewusstseinstrübung, sondern um eine wirkliche

Verblödung. Diese Ansicht wird weiter gestützt durch den Mangel jeder Theilnahme für die Vorgänge in der Umgebung, das Fehlen irgend welcher Gemüthsbewegung. Den Schlüssel zu dem näheren Verständnisse des Zustandes liefern uns die Andeutungen von Negativismus, das Kopfschütteln, die Starre der Glieder, die Unzugänglichkeit, das Verweigern der Auskunft, die zögernden Willenshandlungen, das Schliessen der geöffneten Thüre trotz des Fortdrängens, ferner die Befehlsautomatie, die Stereotypie in Bewegung und Reden, endlich der Speichelfluss. Alle diese Zeichen sind uns als Merkmale der katatonischen Krankheitszustände bereits wohlbekannt, so dass wir nicht zögern werden, auch diesen Fall jenen Formen zuzurechnen.

Allerdings sind wir, wie ich nicht verschweigen will, zunächst anderer Ansicht gewesen. Schon früher habe ich Ihnen mitgetheilt, dass man als „acute Demenz" geistige Schwächezustände beschrieben hat, die im Gegensatze zum gewöhnlichen Schwachsinn heilbar sind. Es handelt sich dabei, wie angenommen wird, um Rindenveränderungen, die eine tiefgreifende Herabsetzung aller psychischen Leistungen bedeuten, aber der Rückbildung zugänglich sind. Eine derartige acute Demenz glaubten wir im Anfange vor uns zu haben. Ich habe mich jedoch im Laufe der Zeit mehr und mehr davon überzeugt, dass die meisten der als acute Demenz bezeichneten Fälle dem Gebiete der Katatonie, manche auch demjenigen des manisch-depressiven Irreseins angehören. Was übrig bleibt, sind infectiöse Schwächezustände nach acuten Krankheiten, die natürlich eine besondere klinische Stellung beanspruchen. Unter diesen Umständen halte ich die Diagnose der acuten Demenz überhaupt nicht mehr für angebracht und habe sie auch im vorliegenden Falle aufgegeben; die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes hat dann in der That keinen Anlass geboten, eine andere Diagnose zu stellen, als diejenige der Katatonie.

Aus der Vorgeschichte des Falles ist nunmehr nachzutragen, dass der Vater unserer Kranken an Epilepsie gelitten haben soll. Sie selbst war geistig und körperlich gut veranlagt, heirathete vor 4 Jahren und erlitt in der ersten Schwangerschaft vor 3 Jahren einen Schlaganfall, in Folge dessen sie ohne Störung der Sprache ein Vierteljahr rechtsseitig gelähmt war. Das Kind wurde mit 7 Monaten todt geboren. Ein zweites Kind starb mit $^3/_4$ Jahren

an Krämpfen. Die jetzige Geistesstörung begann bei der Kranken in der letzten Zeit der dritten Schwangerschaft. Sie hörte auf, zu sprechen, kümmerte sich um nichts mehr recht, wollte aus dem Hause fortlaufen. Zugleich äusserte sie Angst, meinte, man wolle sie todtmachen, hörte sich rufen. Sie machte allerlei sonderbare Bewegungen, ass und schlief schlecht, wurde ganz stumm.

Bei der vor einem Jahre erfolgten Aufnahme in die Klinik war sie besonnen, gab aber fast gar keine Auskunft, lag theilnahmlos und ohne gemüthliche Schwankungen im Bette, befolgte einfache Aufforderungen rasch und bot ausgeprägte wächserne Biegsamkeit dar. Am dritten Tage erfolgte ohne Schwierigkeit die Geburt eines gut ausgetragenen Knaben. Die Kranke verhielt sich dabei völlig gleichgültig, leugnete nachher, geboren zu haben, kümmerte sich nicht um das Kind. In den nächsten Wochen wurde sie zunächst ganz stuporös, dann allmählich etwas erregt, lief herum, drängte sinnlos fort, entkleidete sich. Zugleich verweigerte sie die Nahrung, fing an zu speicheln, wurde unsauber, stand den ganzen Tag an der Thüre, bis ihr die Füsse anschwollen, stiess rhythmisch mit dem Knie dagegen, ging aber nicht hinaus, wenn man öffnete. Irgend welche Auskunft gab sie nicht, erinnerte sich wohl der Geburt, kannte auch den Namen des Kindes, verhielt sich aber bei Besuchen der Angehörigen ganz stumpf, meinte nachher, sie habe nicht gewusst, was sie reden solle. Ein Versuch, die Kranke in die Familie zurückzunehmen, misslang, da sie auch dort fortdrängte und unrein war. Das Körpergewicht, das nach der Geburt langsam gesunken war, ist in den letzten Monaten wieder etwas gestiegen, ohne dass der sonstige Zustand eine Besserung gezeigt hätte*).

Die Entwicklung einer Katatonie in der Schwangerschaft ist immerhin so häufig, dass ein zufälliges Zusammentreffen nicht sehr wahrscheinlich bleibt. Vielmehr müssen wir vermuthen, dass, wie das Wochenbett, so auch die Schwangerschaft die Ausbildung der Krankheit sehr begünstigt. Namentlich scheinen es mir die rasch in tiefen Blödsinn übergehenden stuporösen Formen zu sein, die hier gern vorkommen, ohne dass doch für jetzt schon genügender Anlass vorläge, von einem besonderen „Schwangerschaftsirresein“ zu sprechen. Die Geburt übt auf den Gang der Krankheit keinen

*) Die Kranke befindet sich, vollkommen verblödet, in einer Pflegeanstalt.

oder einen ungünstigen Einfluss aus, eine Erfahrung, die deswegen besonders wichtig ist, weil sie uns von der Einleitung des künstlichen Abortus oder der Frühgeburt in solchen Fällen abhalten wird, die hier in der That niemals angezeigt ist. Sehr bemerkenswerth ist der Schlaganfall, den die Kranke in der früheren Schwangerschaft erlitten hat. Ob derselbe noch mit der Katatonie im Zusammenhange steht, lässt sich natürlich schwer entscheiden; ich kenne jedoch noch mehrere Fälle, bei denen sich im Beginne oder im Verlaufe einer Katatonie derartige Anfälle mit später sich wieder ausgleichenden Lähmungen einstellten.

Ein ganz anderes Bild bietet Ihnen die 41jährige Baumeistersfrau dar, die ich Ihnen nunmehr im Bette hereintragen lasse. Die sehr blasse, schlecht genährte Kranke ist in fortwährender Unruhe. Sie klatscht in die Hände, entblösst sich, will aufspringen, wühlt in ihren Betten, zupft an Kissen und Tüchern, wälzt sich herum, zerreisst plötzlich ihr Hemd, schleudert die Fetzen von sich. Dabei schwatzt und singt sie fast unaufhörlich ganz verworren, oft in Reimen und Gleichklängen: „Guten Morgen, Herr Hofrath, wie geht es, wie steht es — ich war noch nie so lustig wie heute — mein liebes Käthchen, mein liebes Gretchen, mein liebes Mädchen — was soll das — da bist Du, mein Schatz — mein Gemahl ist ein Lump — er ist todt“ u. s. f. Dazwischen spricht sie von der Bartholomäusnacht, von Dornenkrone und ans Kreuz nageln, von Krieg, Geistern, die ihr zuwinken, Männern, die vorbeiziehen. Die Kranke ist unbesinnlich, verkennt die Personen, giebt auf Anreden kaum eine Antwort; nur hie und da knüpft sie einmal an das Gehörte an, verdreht es oder verflicht es in eine scherzhafte Wendung. Die Stimmung ist gehoben, aber wechselnd; erotische Neigungen werden durch Reizbarkeit und gewaltthätige Ausbrüche abgelöst. Die Gesichtszüge sind eingefallen; Zunge und Lippen sind trocken, mit Krusten belegt, rissig. Dargebotene Flüssigkeit weist die Kranke zurück, spuckt sie wieder aus. Die Hände zittern stark; sonst sind ausser den Zeichen einer vor kurzem überstandenen Entbindung keine körperlichen Störungen nachzuweisen.

Der vorliegende Erregungszustand erinnert in seinen wesentlichen Zügen an das Bild der Manie. Nur scheint die Auffassungsstörung und die Bewusstseinstrübung eine viel tiefere zu sein; auch die Verworrenheit in Reden und Handeln ist im Verhältnisse

zu dem Grade der Erregung auffallend stark. Dazu kommen noch die deliriösen Sinnestäuschungen, über die wir aus den Reden der Kranken einzelne Andeutungen entnehmen können. Wie es scheint, haben wir ein Recht, derartige Erregungszustände, bei denen sich schwere Störung der Auffassung und des Denkens mit verhältnissmässig geringer psychomotorischer Erregung verbindet, als den Ausdruck von Krankheitsvorgängen zu betrachten, die nicht dem manisch-depressiven Irresein angehören, sondern durch erschöpfende Ursachen erzeugt werden. Wir sehen sie daher auch vorzugsweise im Wochenbett, nach starken Blutverlusten, endlich nach gewissen sehr acuten Infectionskrankheiten, insbesondere nach Lungenentzündung und Kopfrose auftreten. Wesentlich ist dabei die sehr günstige Prognose dieser Irreseinsformen. Wenn es gelingt, die Kranken am Leben zu erhalten, so tritt, soviel wir bisher wissen, immer völlige und dauernde Genesung ein. Auch für unseren Fall dürfen wir somit auf Grund des klinischen Bildes die Erwartung aussprechen, dass sich die jetzigen Störungen trotz ihrer Schwere vollständig wieder ausgleichen werden, ohne dass wir spätere Wiedererkrankungen zu fürchten hätten, wenn nicht neue erhebliche Schädlichkeiten einwirken.

Die Kranke, deren Schwester ebenfalls im Wochenbette eine Geistesstörung durchmachte, war eine sehr begabte, lebhafte Frau, die erst vor 3 Jahren geheirathet hat. Sie gebar vor 17 Tagen. Schon in der Schwangerschaft war sie sehr aufgeregt, hatte viele Beschwerden. Als sich nach der Geburt etwas Fieber einstellte, gerieth sie in lebhafte Unruhe, schlief nicht mehr, obgleich die Körperwärme unter dem Einflusse von Spülungen bald wieder sank. Am 6. Tage des Wochenbettes wurde sie ganz verwirrt, hörte Stimmen, sah Bilder, verkannte die Personen, wusste nicht mehr, wo sie sich befand, fing an, zu singen und zu schreien, und wurde wegen der rasch sich steigernden Erregung in die Klinik gebracht.

Die eigenartige Form der Störung in unserem Falle lehrt uns, dass ihr Zusammenhang mit dem Wochenbette höchst wahrscheinlich als ein engerer aufgefasst werden muss. Wir haben es nicht mit dem Anfalle eines Leidens zu thun, das ein anderes Mal auch ohne derartigen Anlass zum Ausbruche kommen könnte, wie es beim manisch-depressiven Irresein beobachtet wird, sondern wir

dürfen die Schädigung durch das späte Wochenbett bei der nicht mehr jungen Frau als die wirkliche Ursache der geistigen Erkrankung betrachten. Meist pflegt man dabei die Erschöpfung in den Vordergrund zu stellen, doch fehlt es auch nicht an Stimmen, die das Hauptgewicht auf infectiöse Vorgänge legen. Im vorliegenden Falle würde das Auftreten von Fieber für die letztere Auffassung sprechen, doch war einerseits die Wochenbetterkrankung nur eine leichte; andererseits giebt es auch Fälle von Wochenbettirresein ohne Andeutungen von Infection. Freilich handelt es sich dabei zumeist um Katatonien. Wirkliche Klarheit herrscht in dieser Frage noch nicht; wir wollen indessen darauf hinweisen, dass auch bei dem Vorgange der Erschöpfung Giftwirkungen, allerdings anderer Art, mit in Betracht gezogen werden müssen.

Nach dem klinischen Verlaufe unterscheidet man heute wesentlich zwei Formen des Erschöpfungsirreseins, das sehr stürmisch verlaufende Collapsdelirium und die acute Verwirrtheit oder Amentia, die eine Reihe von Monaten zu dauern pflegt. Die erstere Form scheint mir bisher klinisch am besten begründet zu sein; wir dürfen auch den vorliegenden Fall mit seiner überaus raschen Entstehung und seinen sehr schweren Störungen diesem Bilde zurechnen. Ist diese Auffassung richtig, so werden wir nach 8-, höchstens 14tägigem Verlaufe auf eine rasche und vollständige Genesung hoffen dürfen, wenn auch vielleicht noch einige Zeit lang leichte Erregbarkeit und allerlei Stimmungsschwankungen zurückbleiben werden*). Die Erinnerung an die stürmische Zeit pflegt dabei ziemlich unklar zu sein. Die ärztliche Aufgabe besteht in der sorgfältigsten Pflege und Erhaltung der Kräfte. Unsere Kranke gehört unbedingt in ein Dauerbad, wo möglich Tag und Nacht. Zugleich ist reichliche Ernährung nöthig, die bei dem verwirrten Widerstreben öfters die Anwendung der Schlundsonde erfordert. Als Beruhigungsmittel kann man der Fütterung Alkohol, nach Umständen auch Paraldehyd oder Trional hinzufügen. Besondere Ueberwachung erfordert die leicht erlahmende Herzthätigkeit. Wir kräftigen sie durch Zusatz von Strophantus zur Fütterung, durch Einspritzungen von Coffein oder bei grösserer Gefahr durch Koch-

*) Die Kranke ist am 12. Krankheitstage ruhig und klar geworden, hat sich ungemein rasch erholt und ist jetzt seit 9 Jahren vollständig gesund.

salzinfusionen, die oft geradezu lebensrettend wirken. Auch in unserem Falle haben wir sie schon mit vorzüglichem Erfolge angewendet; augenblicklich ist in Folge dessen die Herzthätigkeit so gut, dass wir die Kranke als ausser Gefahr betrachten können.

Weit verwickelter, als im vorigen Falle, ist der Zusammenhang der Dinge bei einer 29jährigen Frau, die vor 2 Monaten geboren hat und sich jetzt seit 5 Tagen in der Klinik befindet. Die Kranke, die ich Ihnen ebenfalls im Bette vorführen muss, zeigt eine lebhafte Unruhe. Arme, Beine und Kopf führen unaufhörlich ruckweise, ziellose Bewegungen aus, die Sie ohne weiteres als c h o r e a t i s c h e erkennen. Die Kranke schneidet Fratzen, verzieht den Mund, rümpft die Nase, schnappt mit dem Munde, schnellt die Zunge vor; sie rollt den Kopf, stösst ihn rückwärts in die Kissen, wirft sich herum, schleudert die Arme, macht Pronations- und Supinationszuckungen. Vielfach entblösst sie sich unwillkürlich, denkt aber nicht daran, sich wieder zu bedecken. Da sie sich bei dieser Unruhe rücksichtslos anschlägt, ist sie überall mit blauen und grünen Flecken besät. Die Aufmerksamkeit der Kranken ist schwer festzuhalten; sie antwortet mitunter rasch auf eine Frage, ist aber ganz unfähig, zusammenhängende Auskunft zu geben, wird durch zufällige Eindrücke leicht abgelenkt oder achtet zeitweise überhaupt nicht auf die Vorgänge in der Umgebung.

Wie es scheint, bestehen einzelne Gesichts- und Gehörstäuschungen. Die Kranke deutet plötzlich mit dem Finger nach vorn und sagt: „Der König, der Kaiser, der so geschrieen hat dort“; auch nennt sie den Namen ihres Bruders, den sie habe rufen hören. Ueber ihre Lage und Umgebung ist sie annähernd im klaren, bringt aber manche Vorkommnisse in wahnhafte Beziehung zur eigenen Person, glaubt Schuld zu sein, dass eine Mitkranke mit der Sonde gefüttert wird. Ihre Stimmung zeigt keine sehr ausgeprägte Färbung, ist im ganzen eher heiter. Zeitweise singt die Kranke, doch hat sie ein deutliches Krankheitsgefühl. Die Sprache ist abgerissen, sprudelnd; ihre Reden sind einförmig, faselig, zusammenhangslos, von beziehungslosen Flickworten durchsetzt: „Zum Beispiel“, „in wiefern denn“, „ich sag' gar nichts“. „Rothe Herzen trifft keine goldenen Herzen. Soll denn immer ich ein goldenes Herz abgeben, pfui Teufel noch einmal. Goldene Herzen treffen sich, lebende

Herzen treffen sich, todte nicht. Man kriegt verschiedene Herzen“ u. s. f. Bisweilen stösst sie unarticulirte Laute aus.

Beim Versuche, die Kranke aufstehen zu lassen, bemerken Sie, dass der Gang unsicher und taumelig ist; sie lässt sich einfach fallen, selbst auf das Gesicht. Die Empfindlichkeit der Haut ist erhöht; die Kranke schreit laut auf, wenn man sie mit der Nadelspitze unversehens berührt. Der Ernährungszustand ist ein sehr schlechter; das Körpergewicht ist in 5 Tagen um fast 3 Kilogramm gesunken. Lippen und Zunge sind trocken und rissig; die Eigenwärme beträgt 39,1°. Der Puls ist klein, 120, das Herz etwas nach links verbreitert; an der Herzspitze hört man ein praesystolisches Geräusch. Sonstige körperliche Störungen sind nicht nachzuweisen; nur könnte als Ursache des Fiebers eine beginnende oberflächliche Zellgewebsentzündung am rechten Beine in Betracht kommen.

Die auffallendste Erscheinung in diesem Krankheitsbilde sind die choreatischen Bewegungen. Leider ist indessen deren klinische Deutung nicht ohne weiteres klar. Sie können die Zeichen einer eigenartigen Erkrankung, aber auch Begleiter der Hysterie sein. Die Schwere des ganzen Zustandes, die Andeutungen eines Herzfehlers, dessen nahe Beziehungen zur Chorea bekannt sind, würden mehr für die erstere Auffassung sprechen. Auf der anderen Seite aber erfahren wir, dass die Kranke, deren Vater an einem Schlaganfalle gestorben ist, seit ihrem 15. Jahre an Anfällen von Bewusstlosigkeit gelitten hat, die sich im allgemeinen nach 6—8 Wochen wiederholten. Sie stiess dabei einen Schrei aus, zuckte mit Händen und Füssen, hatte Schaum vor dem Munde und athmete schwer, wusste nachher nichts von dem Vorgefallenen. Verletzungen kamen nicht vor, nur einige Male ein leichter Zungenbiss. Die Anfälle dauerten 5—10 Minuten; nachher war die Kranke müde und schlief einige Stunden. Vom 21. Jahre an setzten sie 3 Jahre lang aus, kamen dann in verstärktem Maasse wieder. Vor 3 Jahren heirathete die Kranke, nachdem sie vorher schon einmal ausserehelich geboren hatte; während der Schwangerschaft blieben die Anfälle wieder aus. In der Ehe machte die Kranke 2 Fehlgeburten im 4. Monate durch, erkrankte dann vor 2 Jahren an Gelenkrheumatismus. Ein halbes Jahr später war sie 4 Wochen lang ganz verwirrt, sprach wenig und ohne Zusammenhang, verkannte die Personen, lag starr da, musste gefüttert werden, war unrein. Nachher hatte sie keine

Erinnerung an diesen Zustand. Mit dem Beginne einer neuen Schwangerschaft im vorigen Jahre blieben die Anfälle wieder aus, um erst in den letzten Monaten von neuem aufzutreten. Vor einem Vierteljahre setzte dann ein verwirrter Erregungszustand ein, der völlig dem jetzigen entsprach, aber leichter war und nach 3 Wochen wieder schwand. Einige Wochen nach der letzten Entbindung wurde die Kranke zum zweiten Male von Gelenkrheumatismus mit Fieber befallen, der sich bei geeigneter Behandlung rasch wieder verlor. Seit 12 Tagen machten sich dann die choreatischen Bewegungen mit Verwirrtheit und Personenverkennung bemerkbar, anfangs gering und mit Besserungen, dann immer stärker. Auch bei der Aufnahme der Kranken in die Klinik waren die Störungen lange nicht so ausgesprochen wie jetzt. Schmerzhaftigkeit der Gelenke liess sich auch damals nicht mehr nachweisen.



Prüfen wir diese Vorgeschichte, so muss es im Hinblicke auf das langjährige, regelmässige Auftreten des Leidens, auf die Art der Anfälle, insbesondere deren Einförmigkeit und die Zungenbisse, endlich auf das Fehlen sonstiger hysterischer Anwandlungen, doch als das Wahrscheinlichste bezeichnet werden, dass die Kranke an Epilepsie und nicht an Hysterie leidet. Wir würden es demnach hier mit einer echten Chorea zu thun haben, als deren Ursache der Gelenkrheumatismus anzusehen wäre, den die Kranke zweimal überstanden hat. Es ist genügend bekannt, dass sich an diese Krankheit sehr häufig Chorea anschliesst. Freilich ist der erste Anfall von Chorea dem letzten Gelenkrheumatismus voraufgegangen; indessen scheint das Bindeglied zwischen beiden Leiden die Erkrankung der Herzklappen zu sein, die möglicherweise noch seit dem ersten Anfalle von Rheumatismus fortbestand.



Das klinische Bild, das unsere Kranke darbietet, entspricht in der That vollkommen den bei Chorea beobachteten Geistesstörungen. Insbesondere sind es neben den choreatischen Bewegungen selbst die Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit, ferner die vereinzelten Sinnestäuschungen und die heitere Verstimmung, endlich die grosse Unruhe und der rasche körperliche Verfall, die diese Formen des Irreseins kennzeichnen. Auffallend ist nur, dass die psychische Erkrankung vor $1^1/_2$ Jahren ein ganz anderes Bild dargeboten hat. Es wird natürlich kaum möglich sein, sich nachträglich aus der Beschreibung der Angehörigen ein zuverlässiges Urtheil über den

damaligen Zustand zu bilden; so manche Züge scheinen mir jedoch dafür zu sprechen, dass es sich einfach um einen epileptischen Dämmerzustand gehandelt hat, der mit dem jetzigen Leiden in gar keiner näheren Beziehung steht.

Wir hätten demnach hier auseinanderzuhalten einmal die Epilepsie mit ihren besonderen Krankheitsäusserungen, sodann das choreatische Irresein in seiner Abhängigkeit von dem Gelenkrheumatismus. Dagegen scheint das Wochenbett, dem man vielleicht von vorn herein eine Hauptrolle für die Entstehung der Geistesstörung zuschreiben möchte, in Wirklichkeit gar keine ursächlichen Beziehungen zu derselben zu besitzen. Der vorliegende Fall ist somit ein gutes Beispiel für die Beleuchtung des Unterschiedes zwischen wahren und falschen Ursachen, dessen Vernachlässigung in der Psychiatrie wie in der Medicin so oft verhängnissvoll geworden ist. Für die Katatonie bestehen ohne Zweifel tiefere ursächliche Beziehungen zum Fortpflanzungsgeschäfte beim Weibe, wenn auch der letzte Angriffspunkt jener Umwälzungen noch ganz unbekannt ist. Auch bei dem Collapsdelirium ist ein solcher innerer Zusammenhang noch recht wahrscheinlich. Dagegen können wir in denjenigen Fällen, in denen sich eine Manie oder gar eine Paralyse an das Wochenbett anschliesst, höchstens von einer auslösenden Wirkung der körperlichen Schädigung auf die schon anderweitig vorbereitete Krankheit sprechen. Im vorliegenden Falle endlich ist selbst eine solche entfernte Wirkung auf den Ausbruch des Irreseins kaum noch festzustellen. Alle diese Unterschiede prägen sich, wie ich glaube, deutlich in der klinischen Form der Geistesstörung aus. Wir sind bei genauer Beachtung des gesammten Krankheitsbildes recht wohl im Stande, aus diesem selbst zu schliessen, welche Rolle das Fortpflanzungsgeschäft in der Kette von Ursache und Wirkung gespielt hat.

Das choreatische Irresein pflegt, wenn die Kranken nicht an Erschöpfung zu Grunde gehen, einen gutartigen Verlauf zu nehmen und in völlige Genesung zu endigen*). Wir werden im vorliegenden Falle die Aufgabe haben, der Kranken möglichste Ruhe zu verschaffen, sie gut zu nähren und vor Infectionen zu schützen. Zu-

---

*) Die Kranke ist nach 5wöchentlicher Dauer der Störung vollständig genesen; die Anfälle aber stellen sich nach wie vor regelmässig ein.

nächst wollen wir versuchen, durch Darreichung von Salipyrin die Chorea selbst zu bekämpfen. Wir behandeln die Kranke im Dauerbade und suchen ihr soviel flüssige Nahrung wie nur möglich beizubringen. Die Zellgewebsentzündung wird nach den gebräuchlichen Grundsätzen der Chirurgie behandelt.

XV. Vorlesung.

Paranoia.

M. H.! Unter den Zeichen des Irreseins haben neben den Stimmungsschwankungen von jeher die *Wahnbildungen* und *Sinnestäuschungen*, die sich sehr oft mit einander vereint finden, die Aufmerksamkeit der Beobachter besonders auf sich gelenkt. Die verschiedenen Gestaltungen des Wahns, der Grössen- und Kleinheitswahn, der Versündigungswahn, der physikalische Verfolgungswahn u. s. f. sind vielfach als Kennzeichen bestimmter Krankheitsformen betrachtet worden. Nach unseren heutigen Erfahrungen sind aus dem Bestehen und dem Inhalte der Wahnvorstellungen nur in sehr beschränktem Umfange Schlüsse auf die klinische Bedeutung eines Krankheitsbildes zulässig. Die Richtungen menschlicher Wünsche und Befürchtungen können in den verschiedensten Formen des Irreseins dieselben krankhaften Wege einschlagen. Dennoch bleibt die Art des Krankheitsvorganges natürlich nicht ganz ohne Einfluss auf die Gestaltung des Wahnes. Wir werden daher in den folgenden Vorlesungen einige Beziehungen dieser Störung zu bestimmten Krankheitsformen etwas näher ins Auge zu fassen haben.

Der stattliche, 62jährige Herr, der sich uns mit einer gewissen höflichen Würde vorstellt, macht mit seinem sorgfältig gepflegten Knebelbart, seinem Zwicker, seiner gut sitzenden, wenn auch schon etwas abgeschabten Kleidung den Eindruck eines Weltmannes. Er ist zunächst etwas unwirrsch darüber, dass er sich vor den jungen Herren ausfragen lassen soll, geht aber doch bald in ruhiger und sachlicher Weise auf ein längeres, zusammen-

hängendes Gespräch ein. Wir erfahren von ihm, dass er als junger Mann nach Amerika ging, dort mannichfaltige Schicksale durchgemacht hat und schliesslich in Quito lebte, wo es ihm gelang, sich als Kaufmann ein kleines Vermögen zu erwerben. Mit diesem kehrte er vor 21 Jahren in seine Heimath zurück, wurde aber bei der Lösung seiner Geschäftsverbindungen um bedeutende Summen betrogen. Zu Hause lebte er zunächst von seinem Gelde, verbrachte seine Zeit mit Unterhaltung, Zeitunglesen, Billardspielen, Spazierengehen, Herumsitzen in Cafés. Zugleich beschäftigte er sich mit allerlei Plänen, von denen er Anerkennung und Nutzen erhoffte. So trug er dem leitenden Minister an der Hand einer Karte den Plan vor, eine Reihe noch unbesetzter Gebiete der Erde, namentlich in Afrika, ferner Neuguinea und vor allem die Galapagosinseln, die der Staat Ecuador gern abgeben werde, und die nach Vollendung des Panamacanals grosse Bedeutung gewinnen würden, für Deutschland in Anspruch zu nehmen. Kurze Zeit darauf reiste jener Minister nach Berlin, und nun begann die Deutsche Kolonialpolitik, freilich ohne dass dem eigentlichen Urheber derselben der ihm gebührende Dank zu Theil wurde, den ihm ein anderes Volk nicht vorenthalten haben würde. Sodann arbeitete der Kranke einen Plan zum Anbau des Chinabaums und des Cacaos in unseren Kolonien aus, machte auch mehrere Erfindungen für die bessere Verbindung der Eisenbahnschienen unter einander, durch die das Stossen beim Fahren und damit eine wichtige Ursache von Entgleisungen beseitigt werden sollte. Endlich bewarb er sich um eine Reihe von Stellen, die ihm geeignet schienen, so um die eines Consuls in Quito, hatte aber dabei immer nur Misserfolge zu verzeichnen.

Da er es für unter seiner Würde hielt, herabzusteigen, so verbrauchte er allmählich sein Vermögen; zudem ist nach seiner Meinung auch bei der Verwaltung desselben nicht alles mit rechten Dingen zugegangen. Im ganzen machte er sich jedoch darüber nicht viele Sorgen, da er überzeugt war, dass ein Mann von seinen Fähigkeiten und Kenntnissen, der 3 fremde Sprachen spreche und die ganze Welt gesehen habe, nur zuzugreifen brauche, um eine seinen Ansprüchen genügende Stellung zu finden. Dennoch gerieth er schliesslich in Verlegenheit, da es ihm nicht gelang, seine Ausstände in Amerika einzutreiben, so dass er nicht mehr im Stande

war, seinen Lebensunterhalt zu bezahlen, sondern die Leute auf seine zukünftigen Einnahmen verweisen musste, die ja doch nicht ausbleiben konnten. Er wurde dann unter der Vorspiegelung, dass man ihm eine Stelle geben wolle, in eine Kreispflegeanstalt gelockt, arbeitete dort auch in der Verwaltung mit, bis ihm klar wurde, dass man nicht beabsichtige, ihn für seine Leistungen zu bezahlen. Als er sich deswegen um andere Stellungen bemühte, sandte man ihn, ebenfalls unter falschem Vorwande, in die Klinik, wo er nun widerrechtlich zurückgehalten werde. Das, so schliesst er mit Bitterkeit, sei der Dank, den ihm das Vaterland für seine Verdienste zu Theil werden lasse.

Alle diese Auseinandersetzungen giebt der Kranke in völlig ruhiger und geordneter Weise; sie entsprechen auch im allgemeinen den thatsächlichen Vorgängen. Auffallend ist zunächst nur ein gehobenes Selbstgefühl, die Ueberschätzung der eigenen Leistungen und Fähigkeiten, zumal aus der Art der Darstellung hervorgeht, dass der Kranke keine sehr hohe Bildung besitzt. Ferner ist bemerkenswerth die Selbstverständlichkeit, mit der er einen inneren Zusammenhang zwischen seiner Unterredung mit dem Minister und der Einleitung der Deutschen Kolonialpolitik annimmt, sowie die Zuversicht, mit der er trotz aller Misserfolge in den Tag hinein gelebt und sein Vermögen verzehrt hat, ja auch jetzt noch Ehren und Gewinn von seiner Thätigkeit erwartet. Weist man ihn auf den Gegensatz zwischen seinen Hoffnungen und der Wirklichkeit hin, so meint er, der Prophet gelte nichts in seinem Vaterlande; er sei den Herren eben zu gescheidt gewesen. Endlich aber wirft er mit geringschätziger Handbewegung die Bemerkung hin: „Was wollen Sie — der Unterrock!“

Auf näheres Befragen sträubt er sich zunächst, diesen Ausspruch zu erläutern, erzählt aber dann nach und nach, dass ihn ein Frauenzimmer, die er mit dem Spitznamen „Bulldogg“ bezeichnet und die Tochter des Englischen Consuls in Quito war, schon seit 23—24 Jahren mit ihren Heirathsplänen verfolge und, um ihn mürbe zu machen, auf alle Weise seine Schritte zu durchkreuzen suche. Schon in Amerika gingen zuletzt die Dinge nie so, wie er wollte; ihm wurden mit Nachschlüssel Hunderte von Vogelbälgen aus Bosheit gestohlen; überall merkte er die Schwindeleien der Bulldogg und ihrer Helfershelfer. „Wenn man

alles anders macht, als ich es gemacht haben will, da muss doch etwas dahinter stecken". Auch in die Heimath sei ihm die halbverrückte Amerikanerin nachgereist, habe sich in seiner Nähe eingenistet, die Frechheit gehabt, sich in Mannskleider zu stecken, und die Heirath dadurch erzwingen wollen, dass sie ihn verhinderte, eine Stellung zu finden, und ihn dadurch in Noth brachte. Unter den verschiedensten Namen habe sich die raffinirte Person ihm genähert, obgleich er ihr immer gesagt habe, dass man sich durch solche Chicanen die Liebe eines Mannes nicht erwerbe. Er würde vielleicht einer der reichsten Männer Kaliforniens sein, wenn die Bulldogg ihn nicht daran gehindert hätte. Auch an seiner Verbringung in die Anstalt sei sie Schuld — „wer denn sonst etwa?" Bei seinen Ausgängen wie im Hause sei sie ihm schon wiederholt begegnet. In seinen Stiefeln habe er Löcher, in den Kleidern Flecke entdeckt, die unmöglich anders entstanden sein könnten, als durch die Bulldogg.

Alle Einwendungen, die man gegen diese Ideen vorbringt, werden von dem Kranken mit überlegener, ungläubiger Miene aufgenommen und prallen an seiner felsenfesten Ueberzeugung spurlos ab. Man erkennt sofort, dass er nicht einmal an den Ernst unserer Entgegnungen glaubt, sondern der Meinung ist, dass wir ihm die Sache gegen unsere wirkliche Ansicht ausreden wollen.

Die wesentlichste geistige Störung bei unserem Kranken, dessen Auffassung, Gedächtniss und äussere Haltung keinerlei Abweichungen erkennen lassen, sind seine Beeinträchtigungsideen einerseits, seine starke Selbstüberschätzung andererseits. Namentlich die ersteren tragen ohne weiteres die Kennzeichen des Wahnes. Sie widersprechen jeder vernünftigen Erfahrung, werden von dem Kranken gar nicht näher begründet und dennoch mit äusserster Beharrlichkeit festgehalten. Wie es scheint, bestehen sie schon seit über 20 Jahren in annähernd derselben Form und haben ihrerseits fortlaufend zu wahnhafter Deutung der Lebensereignisse geführt. Alle kleinen Widerwärtigkeiten, zuletzt auch die Verbringung in die Anstalt, werden nicht auf den natürlichen Lauf der Dinge, sondern auf die zielbewussten Handlungen einer bestimmten Person und ihrer Helfershelfer zurückgeführt. Der Kranke hat sich also gewissermassen eine wahnhafte Weltanschauung gebildet, von deren Standpunkt aus er die neuen Erfahrungen verarbeitet. So

kommt es, dass die Verfolgung allmählich eine immer abenteuerlichere wird. Immer weitere Kreise seiner Umgebung erweisen sich als auf Seite der Bulldogg stehend, und auch wir sind schon im Begriffe, dieses Schicksal aller Personen zu theilen, die irgendwie den Wünschen des Kranken entgegenzutreten gezwungen sind.

Eigentliche Sinnestäuschungen spielen, soweit sich das übersehen lässt, in der Entwicklung des Wahnes keine oder doch nur eine sehr geringe Rolle. Einmal allerdings machte der Kranke, als er an einem Hause vorbeiging, die Wahrnehmung, dass hinter den halb heruntergelassenen Läden ein Einjähriger mit einer Schusswaffe nach ihm zielte. Zugleich rief Jemand: „Sehen Sie denn nicht, dass man auf Sie schiesst?“ Nach einer nochmaligen Warnung, bei der ihm im Stolpern der Hut vom Kopfe flog, bemerkte er, dass ein Streifschuss seine linke Schläfe schrammte, so dass etwas Blut floss. Unmittelbar neben ihm stand der Bewohner jenes Hauses, ein ihm feindlich gesinnter Rechtsanwalt, mit einem Messer in der Hand und rief ihm zu, dass er ihn habe zeichnen wollen, weil er seiner Frau zu nahe getreten sei. Wie der Kranke annahm, wollte Jener rasch den Hut mit dem Kugelloch durch einen anderen ersetzen und dem Leichnam, den er zu finden erwartete, das Gesicht bis zur Unkenntlichkeit zerschneiden, um so seine Thäterschaft zu verdecken. Wieweit es sich bei dieser Erzählung um Täuschungen oder wahnhafte Deutung harmloser Vorkommnisse handelt, lässt sich nicht entscheiden. Ich möchte indessen auch darauf aufmerksam machen, dass solche Erlebnisse bisweilen ganz frei erfunden werden, aber den Kranken als wirkliche Erinnerungen erscheinen. Jedenfalls sind sonst bei unserem Kranken Sinnestäuschungen nicht nachzuweisen. Vielmehr knüpfen sich seine Verfolgungsideen durchweg an gleichgültige oder vieldeutige wirkliche Ereignisse an, denen er selbst nur ihre besondere Auslegung giebt, wie bei den Löchern in den Stiefeln, der Verbringung in die Anstalt, den erfolglosen Bewerbungen.

Bei dieser wahnhaften Verarbeitung tritt deutlich eine erhebliche Urtheilsschwäche des Kranken hervor. Auch wenn man ihn ausdrücklich darauf hinweist, begreift er die Unsinnigkeit seiner Auffassung nicht, dass die Tochter des Englischen Consuls in Quito hier über 20 Jahre lang in so sonderbarer Weise um seine Liebe werben, sich in Mannskleider stecken, alle möglichen Menschen zu

ihrer Hülfe gewinnen solle. Er hilft sich gegen Einwände mit der Bemerkung, man wisse gar nicht, was alles so ein raffinirtes Frauenzimmer fertig bringe. Die gleiche Urtheilslosigkeit tritt uns in seiner Selbstüberschätzung entgegen. Trotz aller Misserfolge leuchtet es ihm nicht ein, dass er seine Ansprüche herunterschrauben müsse; für seine langsame und rein mechanische Thätigkeit beim Abschreiben oder Ausführen einfacher Zeichnungen verlangt er grosse Summen. Dabei zeigt sich, dass er ganz ausser Stande ist, Arbeiten zu leisten, die eine gewisse Selbständigkeit erfordern; so versagt er sofort, wenn es darauf ankommt, beim Abschreiben den Sinn zu berücksichtigen. Auch seine Lebensführung, die unbekümmerte Art, in der er sein letztes Geld einfach verbrauchte, ist überaus bezeichnend für seine Unfähigkeit, die wirkliche Sachlage klar zu überblicken und sich danach einzurichten. Wie wir dabei noch nachzutragen haben, wollte er nicht glauben, dass sein Bankguthaben erschöpft sei, sondern forderte immer neue Mittel, lebte auf Borg weiter, vertröstete die Leute auf seine zukünftigen Einnahmen und hielt schliesslich bei verschiedenen Vätern um die Hand ihrer Töchter an, Vorgänge, die den letzten Anstoss zu seiner Verbringung in die Kreispflegeanstalt gaben, nachdem er sich bis dahin in seinen Kreisen bewegt hatte, ohne besonders aufzufallen.

Diese letztere Erfahrung ist es, auf die ich besonderes Gewicht legen möchte. Dem Kranken fehlen durchaus auffallendere Störungen auf dem Gebiete der gemüthlichen Regungen und namentlich des Willens. Höchstens ist eine gewisse Empfindlichkeit anzuführen, die bei Widerspruch gegen die Wahnvorstellungen, insbesondere die Selbstüberschätzungsideen hervortritt. Im übrigen aber ist der Kranke weder in krankhaft heiterer oder in trüber Stimmung noch gemüthlich stumpf und gleichgültig, sondern er nimmt in natürlicher Weise Antheil an den Ereignissen und Personen seiner Umgebung, liest Bücher und Zeitungen, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe mit Zeichnungen und Entwürfen, beobachtet seine Mitkranken, verfolgt die Tagesereignisse, plaudert mit den Aerzten, knüpft neue Bekanntschaften an, ärgert sich über Widerwärtigkeiten, freut sich über Anerkennung. Seine äussere Haltung, sein Benehmen ist völlig tadellos und unauffällig, frei von Manieren, Befehlsautomatie, Negativismus. Wo er unsinnig handelt, liegt die Erklärung dafür ohne weiteres in seinen Wahnvorstellungen.

Diese eigenthümliche Krankheit, bei der sich Wahnbildungen im Sinne der Beeinträchtigung und der Selbstüberschätzung ganz langsam entwickeln, ohne dass selbständige Störungen des Gemüthslebens oder des Willens auftreten, wollen wir mit dem Namen der Paranoia oder Verrücktheit bezeichnen. In dieser Krankheit kommt es regelmässig zu einer geistigen Verarbeitung des Wahnes, zur Bildung einer wahnhaften Weltanschauung, eines „Systems“; die Krankheit führt zu einer „Verrückung“ des Standpunktes, den der Kranke gegenüber den Lebensereignissen einnimmt. Das Leiden entwickelt sich immer ganz schleichend. Zunächst tauchen Vermuthungen auf, die allmählich zur Gewissheit und felsenfesten Ueberzeugung werden. Die Wahnvorstellungen knüpfen sich an wirkliche Wahrnehmungen und Vorgänge an, die nur in krankhafter und vorurtheilsvoller Weise gedeutet werden; Sinnestäuschungen kommen niemals oder doch nur ganz gelegentlich einmal zur Beobachtung, hie und da jedoch Erinnerungsfälschungen. Da die Kranken ihre äussere Haltung bewahren, wird das Leiden in der Regel erst nach langjährigem Bestehen überhaupt erkannt; die Kranken kommen daher selten und spät, meist nur aus besonderem Anlasse, in die Irrenanstalt. Gewöhnlich sind sie im Stande, ohne gröbere Störungen noch irgend eine Erwerbsthätigkeit zu treiben.




Da das Leiden eine tiefgreifende Umwandlung der geistigen Persönlichkeit bedeutet, ist es einer Heilung nicht zugänglich*); vielmehr pflegt sich im Laufe der Jahrzehnte allmählich eine gewisse geistige Schwäche herauszubilden, wie es auch bei unserem Kranken der Fall gewesen ist. Die Anstaltsbehandlung vertragen die Kranken schlecht, weil sie sich ein lebhaftes Gefühl für ihre Selbständigkeit bewahren und mit grösstem Nachdrucke den Kampf um ihre Freiheit aufnehmen, wenn nicht schliesslich mit fortschreitender geistiger Schwäche ihre Thatkraft erlahmt. Auch unser Kranker hat durch zahlreiche Eingaben, Briefe wie persönliche Besuche in Zeitungsredactionen den Versuch gemacht, seine Freiheit wiederzugewinnen.

Einen noch viel hartnäckigeren Kampf hat der 42jährige Schneidermeister geführt, den ich Ihnen als Beispiel einer anderen Form der hier besprochenen Krankheit zeigen möchte. Er ist vor 7 Jahren in Concurs gerathen und hat damals erbitterte Rechts-

*) Der Kranke befindet sich seit 5 Jahren ohne merkliche Veränderung seines Zustandes in einer Pflegeanstalt.

fehden mit dem Anwalte einiger Hauptgläubiger durchgefochten. Später verzog er in eine andere Stadt, konnte dort aber nicht recht vorwärts kommen und gerieth in Schulden. Vor 4 Jahren musste er aus einem Hause ausziehen, das durch Kauf in andere Hände übergegangen war. Der neue Besitzer wollte zur Wahrung seiner Miethforderung einen Theil der Möbel durch den Gerichtsvollzieher wieder zurückbringen lassen, stiess dabei aber auf heftigen Widerstand, indem der Kranke den Gerichtsvollzieher wie seine Begleiter einfach einsperrte, um sich inzwischen bei Gericht beschweren zu können. Er wurde wegen Freiheitsberaubung angeklagt und auch bestraft.

Ueber diese Angelegenheit erschien in einem Blatte eine kurze, humoristisch gehaltene Mittheilung, in der jener Vorgang unrichtigerweise als „Pfändung“ bezeichnet und hinzugefügt war, der Angeklagte habe gegen den Gerichtsvollzieher, der bei ihm häufiger Gast gewesen sei, einen tiefen Hass gehabt. Unser Kranker war über diese Darstellung tief erbittert und sandte eine Berichtigung ein, die nur zum Theil abgedruckt wurde und ihn daher nicht befriedigte. Er schrieb dem Schriftleiter einen gereizten Brief, den Jener damit beantwortete, dass er auch über den weiteren Verlauf der strafrechtlichen Verhandlung, die bis ans Reichsgericht ging, ausführlich berichtete. Dass dabei der Titel „Schneidermeister“ gesperrt gedruckt wurde, versetzte den Kranken in höchste Erregung und bewog ihn, zunächst eine Privatbeleidigungsklage, dann eine Entschädigungsklage wegen Creditschädigung und endlich eine Strafanzeige wegen groben Unfugs gegen den Schriftleiter zu richten.

Alle diese Klagen wurden von den Gerichten wegen ungenügender Begründung zurückgewiesen. Der Kranke beruhigte sich bei diesem Bescheide nicht, sondern setzte allmählich alle nur erdenklichen Hülfsmittel in Bewegung, um seinen Zweck zu erreichen, zunächst den gewöhnlichen Instanzenzug bis ans Oberlandesgericht und Reichsgericht. Dann kamen die Beschwerde, die Revision, der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens, auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, ferner Eingaben an das Justizministerium, an das Staatsministerium, an den Grossherzog, den Kaiser, nebenher auch an den Verwaltungsgerichtshof und den Landescommissär. Geplant wurden ausserdem Eingaben an den Landtag, den Bundesrath, eine Interpellation des Reichskanzlers im Reichs-

tage, weil er für die Ausführung der Gesetze im Reiche verantwortlich sei. Endlich versuchte es der Kranke mit der Ablehnung der Richter und Gerichte, mit Beschwerden an die Gerichtsvorstände und stellte die Beantragung des Disciplinarverfahrens gegen den Staatsanwalt beim Grossherzoge sowie einen Nothschrei an die Oeffentlichkeit zur Wahrung berechtigter Interessen in Aussicht.

Die zahllosen Eingaben, die er in den letzten Jahren verfasst hat, nach seiner Angabe meist in der Nacht, sind überaus langathmig, bringen in ziemlich unzusammenhängender Weise immer dieselben Dinge vor. In ihrer Form und Ausdrucksweise lehnen sie sich an diejenige juristischer Schriftstücke an, beginnen mit einem „Betreff“, führen überall „Beweismittel“ an, schliessen mit „Gründen“, strotzen von halb oder ganz missverstandenen Fachausdrücken und Paragraphen der verschiedensten Gesetze. Vielfach sind sie flüchtig und anscheinend in Erregung geschrieben, enthalten zahlreiche Ausrufungs- und Fragezeichen, selbst mitten im Satze, einfache und mehrfache Unterstreichungen, auch mit Roth- oder Blaustift, Randbemerkungen und Nachträge, so dass oft jedes freie Fleckchen noch ausgenutzt ist. Manche Eingaben sind auf die Rückseite von Bescheiden und Erlassen anderer Behörden geschrieben.

In Folge dieser unablässigen Belästigungen der Behörden wurde der Kranke schliesslich als geisteskrank entmündigt, ergriff aber dagegen jedes nur mögliche Rechtsmittel und soll jetzt auf Anordnung der höchsten Instanz von uns endgültig noch einmal begutachtet werden. Sein Geschäft hat er inzwischen, wenn auch wohl mit manchen Schwierigkeiten, weiter betrieben und ist, von seinen Eingaben abgesehen, nicht auffällig oder störend geworden.

Wenn wir ihn nun selbst zu Wort kommen lassen, so erkennen Sie, dass der Kranke nicht nur über seine Lage vollständig klar ist und über die Ereignisse der Vergangenheit geordnete Auskunft giebt, sondern sich auch mit grosser Geläufigkeit und Schlagfertigkeit über seinen Rechtsstreit zu äussern vermag. Offenbar thut er das mit einer gewissen Befriedigung. Er ist nie um eine Antwort auf Einwände verlegen, sondern vertheidigt sein Vorgehen durch Anführen immer neuer Einzelheiten, Rechtsgrundsätze und Gesetzesparagraphen. Bei längerer Unterhaltung tritt allerdings eine ermüdende Weitläufigkeit seiner Erzählungen hervor, die Neigung, von einem Gedankengange auf einen anderen abzuspringen,

während doch dabei schliesslich immer dieselben Wendungen und Ausführungen wiederkehren. Dabei stellt sich heraus, dass der Kranke als die eigentliche Quelle seiner Leiden den klägerischen Anwalt betrachtet, der in seinem Concursverfahren mitgewirkt hat, obgleich er seit 6 Jahren mit ihm nicht mehr in Berührung gekommen ist. Als er aber seine Klage gegen den Zeitungsredacteur vorbringen wollte, rieth ihm der Gerichtsschreiber zunächst davon ab, indem er auf jenen früheren Rechtsstreit hinwies.

Dadurch wurde dem Kranken klar, dass der Anwalt den Gerichtsschreiber gegen ihn eingenommen hatte und ihn weiterhin zu verderben suchte. Alles spätere Missgeschick war nur die Folge dieser Beeinflussung. Der Schreiber setzte die Klage nicht gehörig auf, so dass sie nicht durchdringen konnte; die Staatsanwaltschaft gewann dadurch eine falsche Ansicht von der Sache, und die Richter der einzelnen Instanzen wollten aus collegialen Rücksichten den einmal gefällten Entscheidungen nicht widersprechen; sie waren sämmtlich „befangen". Darum hätte seine Angelegenheit in diesem so besonders gelagerten Ausnahmefalle vor ein anderes Gericht verwiesen werden müssen. So sei ihm der Rechtsweg „systematisch verlegt" worden. Die ganze Sache sei „Geheimbündelei", „Freimaurermache", da er annimmt, dass sein Feind unter die Freimaurer gegangen sei. Die ganze jüdische Hochfinanz spielt mit hinein, weil nach seiner Ansicht das Blatt, das über ihn schrieb, von dieser unterstützt wird. Zu dem „Verbrecheranwalt" haben sich also noch die „Pressbanditen" gesellt, der „Judenfrevel", die „Winkelzügigkeit der Gerichte", ferner die „Justizmeuterei" der ihm vom Gerichte bestellten Anwälte, mit denen er sofort in Streit gerieth, sobald sie nicht seinen Anweisungen folgten, endlich die Unfähigkeit seines Vormundes, der durchaus nichts von Rechtsangelegenheiten verstand.

Die Vorstellung von einer rechtlichen Benachtheiligung geht somit bei dem Kranken auf eine einzige, bestimmte Quelle zurück; sie hat aber andererseits allmählich eine grosse Reihe von Personen mit hineingezogen und mit einander in Verbindung gebracht, die nach einem geheimen Plane zum Verderben des Kranken zusammenarbeiten sollen. Diese Anschauung des Kranken stützt sich überall auf wirkliche Vorgänge, die nur von ihm in ganz einseitiger Weise beurtheilt und ausgelegt werden. Wir sehen hier deutlich, wie

sich jene Vorstellung zu einer Art Weltanschauung entwickelt hat, die in massgebendster Weise die Verarbeitung der späteren Lebenserfahrungen beeinflusst. Dazu kommt, dass der Kranke völlig unbelehrbar ist. Es ist ganz unmöglich, von ihm das Zugeständniss zu erlangen, dass er sich in seiner Deutung der Vorgänge doch vielleicht auch irren könne. Vielmehr wird er sofort misstrauisch, wenn man nach dieser Richtung in ihn dringt; ihm steigt bei Widerspruch ohne weiteres der Verdacht auf, dass man ebenfalls darauf aus sei, seine Gegner zu unterstützen.

Alle diese Züge, die Anknüpfung der Beeinträchtigungsideen an einen gemeinsamen Ausgangspunkt, die Ausbreitung derselben über immer weitere Kreise, endlich die Unbelehrbarkeit zeigen uns, dass wir es hier mit einem Wahne zu thun haben, der tief in der geistigen Persönlichkeit wurzelt und zu einem System verarbeitet worden ist. Daneben besteht bei unserem Kranken offenbar eine gewisse Schwäche des Verstandes, die sich in der Einförmigkeit und Ziellosigkeit seines Gedankenganges wie in seiner Unzugänglichkeit gegenüber den nächstliegenden Einwänden zeigt. Sein Gedächtniss ist im allgemeinen treu, doch erweisen sich manche seiner Angaben und wörtlichen Anführungen bei genauerer Prüfung doch als nicht ganz zuverlässig.

Auf gemüthlichem Gebiete bemerken wir zunächst ein gesteigertes Selbstgefühl. Der Kranke trägt eine gewisse Ueberlegenheit zur Schau, liebt es, seine Rechtskenntniss glänzen zu lassen, und erwartet trotz aller Misserfolge zuversichtlich einen günstigen Ausgang seiner Angelegenheit. Er scheut sich daher auch gar nicht, die höchsten Stellen immer wieder mit Eingaben zu belästigen, da er seine Angelegenheit als eine ganz besonders wichtige betrachtet. Als „Deutscher Mann und Familienvater“, als „Mann mit Geschäft“ hält er sein „Rechtsgefühl“ für massgebender, als alle Entscheidungen der Gerichte. Zugleich ist er ungemein empfindlich, beantwortet jede ihm nachtheilige Entscheidung sofort mit den gröbsten Schmähungen, beschuldigt die Zeugen des Meineids, die Richter der Bestechlichkeit, spricht von „politisch-religiöser Brunnenvergiftung“, meint aber dabei ganz harmlos, dass er sich immer „im Rahmen des Anstandes“ bewege.

Am auffallendsten ist jedoch das unsinnige Handeln des Kranken in den letzten Jahren, durch das er sich und seine Familie

immer tiefer ins Unglück gebracht hat. Er erkennt das an, schiebt aber die ganze Schuld auf seine Gegner und die Gerichte, die ihn dazu gezwungen hätten, und von denen er immer wachsende Entschädigungssummen verlangt. Dass er auch jetzt noch am besten thäte, sich zu fügen und seine ganze Kraft dem Erwerbe zuzuwenden, bleibt ihm unverständlich; vielmehr sinnt er bereits darüber nach, welcher Weg ihm für die Geltendmachung seiner Rechte noch offen stehe, wenn auch unser Gutachten für ihn ungünstig ausfallen sollte.

Das Lebensbild, das sich hier in grossen Zügen vor Ihnen entrollt hat, ist das eines geisteskranken Querulanten. In den Hauptpunkten stimmt das Bild vollkommen mit demjenigen des vorigen Kranken überein, in der langsamen Entwicklung einer wahnhaften Weltanschauung durch krankhafte Verarbeitung der Lebenserfahrungen, der mässigen, nur ganz allmählich fortschreitenden geistigen Schwäche, dem erhöhten Selbstgefühl, endlich der Beeinflussung des Handelns durch den Wahn bei sehr geringer Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der geistigen Regsamkeit und der äusseren Haltung. Auch der weitere Verlauf, die Geringfügigkeit der Wandlungen, die der Zustand im Laufe langer Jahre erfährt, die grundsätzliche Unheilbarkeit sind beiden Kranken gemeinsam. Wir sind daher wohl berechtigt, den Querulantenwahn nur als eine Unterform der Paranoia zu betrachten. Ich will indessen wenigstens kurz andeuten, dass es auch querulirende Menschen giebt, die nicht an Querulantenwahn leiden. Sehr eigensinnige, streitsüchtige, unter Umständen auch einfach schwachsinnige Personen können in ähnlicher Weise die Behörden belästigen wie unser Kranker. Massgebend für die Diagnose des Querulantenwahnes muss immer der genaue Nachweis bleiben, dass es sich wirklich um einen Wahn handelt, dass ferner die Vorstellung der rechtlichen Benachtheiligung sich an einen einzigen, ganz bestimmten Ausgangspunkt anknüpft und von da aus immer weitere Kreise gezogen hat. Man erkennt das leicht daraus, dass die Kranken in ihren Eingaben immer wieder auf jenen Ausgangspunkt zurückkommen. Endlich aber gehört zum Querulantenwahne noch die völlige Unbelehrbarkeit, die Unfähigkeit, auch die nächstliegenden und selbstverständlichsten Einwände gegen die eigene Auffassung zu würdigen. Nur dort, wo alle diese Zeichen vorhanden sind,

werden wir berechtigt sein, die hier erörterte Geistesstörung anzunehmen; nur dann aber auch werden wir erwarten dürfen, dass der weitere Verlauf des Falles den hier mitgetheilten Beispielen der Paranoia entsprechen wird.

XVI. Vorlesung.

Paranoide Formen der Dementia praecox.

M. H.! Der 25jährige Kaufmann, den Sie heute vor Sich sehen, fällt dadurch auf, dass er sich einige Blätter und Farnkräuter ins Knopfloch gesteckt hat. Er nimmt mit einer gewissen Feierlichkeit Platz, giebt auf Fragen gemessene, kurze, meist zutreffende Antworten. Wir erfahren, dass er vor einem Jahre aufgenommen wurde, inzwischen 6 Wochen zu Hause war und sich jetzt wieder seit 6 Monaten hier befindet. Ueber die Art der aufgetretenen Störungen macht der Kranke keine näheren Angaben; er gesteht zwar auf Befragen zu, dass er längere Zeit nichts gesprochen habe, weiss aber nicht, warum. Dagegen erinnert er sich an die meisten Einzelheiten seiner Erlebnisse. Obgleich er weiss, wo er ist, verkennt er die Personen seiner Umgebung, benennt uns mit falschen Namen, hält uns für Kaufleute. Während er zunächst ziemlich gleichgültig ist, sich wenig um uns kümmert, sondern mit selbstbewusstem Ausdrucke um sich schaut, geräth er allmählich in eine gewisse Erregung, wird grob, gereizt, drohend und bricht in einen ziemlich zusammenhangslosen Wortschwall aus, in dem einige ganz unsinnige Silbenspielereien vorkommen: „Macbeth — mach' ins Bett", „Irr ich mich nicht — Klinik", „je suis — Jesus" u. ähnl.

Zugleich macht der Kranke die Andeutung, dass er der Deutsche Kaiser, der Grossherzog sein Schwiegervater sei; ihm sei eine Tochter vom Grossherzoge schon 1871 verschrieben worden. Er leitet die Astronomie von hier aus. Sinnestäuschungen leugnet er. Aufforderungen zu befolgen, lehnt er ab, streckt schliesslich auf Zureden in steifer Haltung die Hand zum Grusse aus. Dabei ist der Kranke ablenkbar, bricht in seinen Reden häufig ab, schiebt

eigenthümlich schnarzende Töne ein. Die Stimmung wechselt, ist im allgemeinen sehr gehoben; öfters, namentlich bei seinen witzelnden Wortspielen, bricht der Kranke in ein kicherndes Lachen aus. In seinem Benehmen zeigt er keine auffallende Erregung; seine Bewegungen sind gespreizt und geziert.

Die Diagnose des vorliegenden Falles wird sich in erster Linie auf die eigenthümlichen Störungen des Handelns zu stützen haben, auf die Manieren, die Wortspielereien, die Andeutungen von Negativismus, ferner auf die gemüthliche Gleichgültigkeit bei voller Besonnenheit. Der Kranke hält sich nicht für krank, bleibt aber ohne Widerstreben hier, macht sich keine Sorgen, entwirft keine Pläne für die Zukunft, äussert keine Wünsche. Dieses Bild ist uns von früher her als Erscheinungsform der Dementia praecox wohlbekannt. Was den Zustand hier fremdartig erscheinen lässt, ist einerseits das Fehlen stärkerer Erregung, andererseits die wahnhafte Personenverkennung und die in voller Ruhe vorgebrachten Grössenideen. Dass jedoch diese Abweichungen von den früher betrachteten Bildern für die klinische Auffassung des Zustandes nicht wesentlich sind, wird Ihnen sofort klar werden, wenn wir die Entwicklung des vorliegenden Falles verfolgen.

Der Kranke stammt angeblich aus gesunder Familie, hat in der Schule gut gelernt, war immer ernst und gewissenhaft, diente als Einjähriger. Schon vor 3 Jahren klagte er, dass er zitterig und aufgeregt sei, nicht mehr wie sonst arbeiten könne. Nachdem er dann einige Zeit besonders lebhaft und unternehmungslustig gewesen war, trat vor $^5/_4$ Jahren eine deutliche trübe Verstimmung hervor. Der Kranke wurde schlaflos, klagte über Schmerzen im Hinterkopfe, fühlte sich arbeitsunfähig, dumm, hatte keine Lust zum Geschäft, spielte theilnahmlos an den Fingern herum, lag tagelang zu Bett, meinte, er habe das Vertrauen seines Prinzipals missbraucht, etwas unterschlagen. So kam er in die Klinik. Hier fiel die gemüthliche Stumpfheit bei guter Auffassung und völliger Klarheit auf. Sehr bald versank der Kranke in Stupor, wurde stumm, zeigte Befehlsautomatie abwechselnd mit Negativismus und masturbirte stark. Er fürchtete, dass die Franzosen kämen, dass Messer gewetzt, Leute umgebracht würden, hörte drohende Stimmen, fühlte Elektricität im Bette, wollte sterben und ass fast nichts; bei Besuchen war er völlig gleichgültig. Nur ganz

langsam wurde er wieder etwas lebhafter, stand aus dem Bette auf, folgte dem Arzte im Hemde, allerdings ohne zu sprechen, murmelte höchstens leise vor sich hin oder brachte einzelne, ganz beziehungslose Aeusserungen vor, über deren Bedeutung nichts von ihm zu erfahren war.

In diesem Zustande wurde er von seinen Angehörigen nach Hause genommen. Auch hier war er zunächst fast stumm, ass wenig, sprang aber eines Tages mit den Worten: „Ich fahre Droschke" in einen Wagen, fuhr eine Strecke, stieg wieder aus und blieb $^5/_4$ Stunden auf demselben Flecke stehen. In den nächsten Tagen wurde er plötzlich erregt, klatschte in die Hände, stampfte mit den Beinen, wälzte sich herum, sprach ganz verwirrt mit lauter Stimme von Prinzessin, Grossherzog, Begnadigung, Köpfen u. dergl., lachte viel vor sich hin. Als er dann gewaltthätig wurde und Scheiben zerschlug, wurde er in die Klinik zurückgebracht. Hier war er sehr gereizt, ablehnend, gab unsinnige, beziehungslose Antworten, äusserte abgerissene Grössenideen, Personenverkennungen, sprach und benahm sich geziert. In Reden wie Schriftstücken bot er deutliche Sprachverwirrtheit mit Wortspielereien dar. So schrieb er in einem Briefe: „2 · 4 = 8, das ist der Tag des Herrn vom Stand; gute Mine zum schlechten Mann ist schlimm; schlechte, böse Mine von d'or zum guten Mann besser, wie erstes Genesen; hess ich en A — Saucier, Du kriegschte — Minister — Mercier". Auf Vorzeigen eines Messers antwortete er: „Messer, Rasiermesser, Barbier von Bagdad, Salem aleikum", beim Anblick eines Goldstückes: „Louisdor, Napoleon, Kaiserin Eugenie, la France, Spanien, dahin wollen wir ziehen". Häufig sprach er zum Fenster hinaus, gab an, sich mit Geistern zu unterhalten, Theater zu spielen. Der Schlaf war sehr gestört; die körperliche Untersuchung ergab keine bemerkenswerthen Abweichungen, nur starke Dermatographie und mechanische Erregbarkeit des Facialis. Das Körpergewicht war bedeutend gestiegen.

Der Kranke ist ursprünglich für circulär gehalten worden. Die Vorgeschichte mit dem Wechsel zwischen gehobener und trauriger Stimmung schien sehr dafür zu sprechen. Im weiteren Verlaufe traten jedoch während der stuporösen wie in der erregten Zeit deutlich die katatonischen Zeichen hervor, der Negativismus, die Manieren, die Befehlsautomatie, die Sprachverwirrtheit. Durch

die ganze bisherige Entwicklung der Krankheit wird demnach unsere aus dem Zustandsbilde abgeleitete Diagnose vollkommen bestätigt. Freilich pflegt man die Ablenkbarkeit und das Silbenstechen, wie sie uns hier entgegentreten, meist für ein Zeichen der Manie zu halten. Ich möchte indessen darauf hinweisen, dass bei manischen Kranken die Zusammenhangslosigkeit höchstens in den allerschwersten Erregungszuständen so hohe Grade erreicht wie hier, wo die Besonnenheit vollkommen erhalten und die Erregung verhältnissmässig sehr gering war. Wir werden unter diesen Umständen durchaus an der Diagnose einer Katatonie festzuhalten haben und demnach erwarten müssen, dass zwar eine erhebliche Besserung des jetzigen Zustandes noch möglich ist, dass aber auch im günstigsten Falle höchst wahrscheinlich auf dem Gebiete der gemüthlichen Regungen und des Handelns eine gewisse Stumpfheit und Unfreiheit zurückbleiben wird*). Die Wahnvorstellungen können vollkommen wieder verschwinden.

Ein ziemlich ähnliches Bild wie der vorige Kranke bietet auf den ersten Blick der 43jährige Mechaniker, der sich uns nunmehr vorstellt. Er ist zierlich gebaut, zeigt eine gewisse gemessene Höflichkeit und beantwortet alle Fragen nach seinen persönlichen Verhältnissen rasch und richtig. Ueber die Zeit ist er klar, weiss, wo er sich befindet, kennt die Aerzte, rechnet ganz gut, zeigt auch leidliche Kenntnisse. Seine Stimmung ist selbstbewusst; ein überlegenes Lächeln spielt auf seinen Zügen. Auf die Frage, was er hier wolle, entwickelt er plötzlich einen ganzen Schwall der abenteuerlichsten Vorstellungen, die er mit grosser Geläufigkeit vorbringt, ohne Einwände irgendwie zu beachten. Er sei zur Beobachtung seines Geisteszustandes durch den schwarzen Bund hergebracht. Krank sei er nicht, obgleich man ihm Kali, Arsenik, Blausäure, Schwefelsäure und andere Gifte ins Essen gethan habe. Man habe ihn in den Kirchenbann gethan, der mittelst eines Spiegels verhängt werde. In letzterem erscheine der Geist, durch den der Mensch mit den Geistern in Verkehr treten könne. Einen solchen Spiegel giebt es in jedem Hause, wo Mitglieder des schwarzen Bundes sind; sogar der Priester hat ihn in der Monstranz. Die

*) Der Kranke konnte nach 8monatlichem Anstaltsaufenthalte wesentlich gebessert, wenig zugänglich, aber ziemlich einsichtig und ohne Wahnideen entlassen werden. Er ist jetzt, nach 2 Jahren, in seinem Berufe thätig.

Mitglieder des Bundes verspeisen geborene und ungeborene Leibesfrucht, geben Blutopfer. „Mit diesen Gaben verhängen sie den Bann unter gleichzeitiger Bestimmung, wenn ihnen das, was sie durch ihre Opfergabe verlangen, nicht bewilligt wird, so setzen sie ihre persönliche Freiheit ein. Unter Opfergabe des todten Lebens versteht man, dass Einer todt gemeldet wird, aber nicht todt ist. Der Mensch braucht überhaupt nicht zu sterben; es giebt Tausende, die nur todt gesagt werden, die aber noch leben und Menschenfleisch verzehren“. „Es giebt Frauen, welche vorzugsweise Jesuitenfrauen sind, die sogar auch auf Thronen sitzen, die Landesfürsten und verschiedene, die in hohen Staatsstellen sind, z. B. die Minister; sie geben das Opfer der Unzucht und lassen sich von Thieren beflecken, sogar in der Kirche. Es giebt sogar Thiere, welche in Menschengestalt machen. Das ärgste dieser Uebel datirt von Chamisso — das liegt schon im Namen, denn: Scham is so!“

In dieser verworrenen Weise geht es weiter. Auf welches Gebiet man auch kommt, der Kranke knüpft sofort seine ungeheuerlichen Wahnbildungen an. Napoleon sei in Russland von Katharina I. zur Unzucht gebraucht worden, habe die Hoden und Eicheln von neugeborenen Kindern zu essen bekommen, sei dadurch zum Mannweib geworden, das sich von Männern gebrauchen lassen könne, habe dann Unglück auf sein Haupt geladen und sei jetzt Zuchthausaufseher in Bruchsal. Ihm selbst habe man Schweisspulver und Katzendreck ins Essen gegeben, ihm Herz, Leber, Lunge und Hoden herausgenommen. Pfarrer Kneipp throne als Germania auf dem Niederwalddenkmal; die Germania habe in Freiburg in der Hochstrasse ein Hurenhaus. „Das ist die wahre Heit, die noch vom Heidenthum herstammt, das heisst er Wahrheit; er ist ja gar kein wahrer Heid“.

Alle diese Dinge werden von dem Kranken sehr geläufig, als ganz selbstverständliche Thatsachen vorgebracht. Auf Zwischenfragen geht er sofort ein, indem er seine Aussagen durch immer ungeheuerlichere Aufstellungen erläutert. Sobald er jedoch merkt, dass man zweifelt, wird er sofort äusserst gereizt, bricht in eine Fluth von Schimpfworten aus, man gehöre auch zu den gedungenen Mördern, sei so ein Betrüger, ein Weibsmensch, ist nur schwer wieder zu beruhigen. Bei dem Kranken besteht Echolalie, Echopraxie und Katalepsie. Die Kniesehnenreflexe sind sehr lebhaft;

die gespreizten Finger zittern; sonst ist keine körperliche Störung nachweisbar.

Die klinische Deutung dieses höchst abenteuerlichen Zustandes bietet zunächst einige Schwierigkeit. Indessen lehrt uns die Unsinnigkeit und Zusammenhangslosigkeit der mit voller Seelenruhe vorgebrachten Wahnideen, dass wir es mit einem geistigen Schwächezustande zu thun haben. Zugleich weist uns die Befehlsautomatie, die Verworrenheit und Unfläthigkeit der Reden des Kranken, endlich das ganz unsinnige Spielen mit Anklängen auf Beobachtungen hin, die wir früher bei der Dementia praecox gemacht haben. Auch bei dem zuletzt besprochenen Kranken trafen wir ganz ähnliche Störungen.

Blicken wir zurück auf die Entwicklung der Krankheit, so erfahren wir, dass eine Schwester des Kranken idiotisch war, dass er selber einen leichtsinnigen Lebenswandel führte, sich von seiner Frau trennte, mit anderen Frauenzimmern wechselnde Beziehungen anknüpfte und wegen Diebstahl, Urkundenfälschung und Betrug eine Reihe von Zuchthausstrafen zu erstehen hatte. Die ersten Spuren der Krankheit zeigten sich vor bald 4 Jahren im Zuchthause in Form von Gehörstäuschungen. Der Kranke hörte, dass er von den anderen Sträflingen wegen seines blühenden Aussehens bewundert wurde, dass man ihm Arrest androhte. Die Aufseher flüsterten: „Sei still, da geht er; er hat's schon wieder gehört; Herr Gott, hat der Kerl Ohren!“ Man rief seinen Vornamen, unterhielt sich über ihn. Dann traten Geschmackstäuschungen und Personenverkennungen auf, und schon nach einem halben Jahre entwickelten sich allmählich immer unsinnigere Grössen- und Verfolgungsideen. Dieselben wechselten vielfach, nahmen neue Züge in sich auf, gewannen aber nach und nach die jetzt noch bestehenden Formen, während die früheren Vorstellungen zurücktraten. Wiederholt wurden lebhafte Erregungszustände mit Neigung zu Gewaltthätigkeit beobachtet.

Seit 3 Monaten ist der Kranke in der Klinik. Meist verhält er sich ganz ruhig, zieht sich von den anderen Kranken zurück, beschäftigt sich nicht, lebt in den Tag hinein, ist heiterer Stimmung, versichert, es gehe ihm gut, begrüsst den Arzt in etwas förmlicher Weise, äussert von selbst keinerlei Wahnvorstellungen. Sobald man sich jedoch mit ihm in ein Gespräch einlässt, wird man

sehr bald mit ganz verworrenen, nur in den Hauptzügen einander ähnelnden, wahnhaften Reden überschüttet. Dabei geräth der Kranke in steigende Erregung, wird immer zusammenhangsloser und gereizter, ist aber bei der nächsten Begrüssung wieder freundlich, auch wenn er noch so sehr geschimpft und gedroht hat. Seine Sprache ist ein gesuchtes Hochdeutsch.

Der Beginn dieses Krankheitsverlaufes mit den ziemlich rasch sich entwickelnden Sinnestäuschungen würde unseren sonstigen Beobachtungen bei der Dementia praecox ganz gut entsprechen. Dagegen sind wir der üppigen Erzeugung ungeheuerlicher, stets wechselnder Wahnvorstellungen, so wie sie hier stattfindet, bisher noch nicht begegnet. Der vorliegende Fall erhält dadurch ein ganz eigenartiges Gepräge, welches mich früher veranlasst hat, dieser Gruppe von Beobachtungen unter dem Namen der „Dementia paranoides" eine gewisse Sonderstellung einzuräumen. Ich glaube nach meinen Erfahrungen sagen zu können, dass derartige Fälle durch Jahre und Jahrzehnte fast genau das gleiche Bild darzubieten pflegen, weder gesund werden noch auch tiefer verblöden*). Die Wahnbildung bleibt dabei dauernd rege; immer neue und absonderlichere Gestaltungen lösen einander ab; zugleich bestehen Gehörstäuschungen, öfters auch Gesichtstäuschungen, namentlich aber die merkwürdigsten Beeinflussungen des körperlichen Befindens und des Gedankenganges. Auf gemüthlichem Gebiete beobachten wir Reizbarkeit neben tiefer Theilnahmlosigkeit für die natürlichen Lebensbeziehungen. Die Kranken sind zu wortreichen Ergüssen geneigt, ohne Bedürfniss nach Thätigkeit, ohne zielbewusstes Streben nach Besserung ihrer Lage, ohne Gedanken an die Zukunft.

Gerade diese letztere Störung, die gemüthliche Verblödung, legt uns im Verein mit den schon früher angeführten Zeichen die Annahme nahe, dass diese Zustände trotz mancher abweichender Einzelzüge mit der Dementia praecox in enger Verwandtschaft stehen dürften. Es ist mir auch bisher nicht gelungen, eine scharfe Abgrenzung zwischen beiden Gruppen von Krankheitsbildern aufzufinden; vielmehr scheint es zahlreiche Uebergangsformen zwischen beiden zu geben. Berücksichtigen wir, dass insbesondere die Wahn-

*) Der Kranke befindet sich seit einigen Monaten unverändert in einer Pflegeanstalt.

vorstellungen bei der Dementia praecox, bei der Paralyse, beim manisch-depressiven Irresein einerseits fehlen, andererseits die verschiedenste Ausbildung gewinnen können, so werden wir bei der Gleichartigkeit der Störungen auf dem Gebiete des Fühlens und Handelns zunächst keinen hinreichenden Anlass haben, die hier beschriebene Form grundsätzlich von den übrigen mannichfaltigen Gestaltungen der Dementia praecox abzutrennen.

Etwas schwieriger liegt die Frage bei einer weiteren, ziemlich grossen Gruppe von Fällen, für die Ihnen die 35jährige Wittwe als Beispiel dienen mag, die ich Ihnen nunmehr vorführe. Die Kranke giebt über ihre Lebensschicksale auf Befragen gute Auskunft, weiss, wo sie ist, kennt Datum und Jahreszahl und zeigt befriedigende Schulkenntnisse. Auffällig ist, dass sie den Fragenden nicht ansieht und leise, in eigenthümlich süsslichem, geziertem Tone spricht. Sobald man auf ihre Krankheit kommt, wird sie zunächst zurückhaltend, erklärt sich für ganz gesund, beginnt aber doch bald, eine Reihe von merkwürdigen Verfolgungsideen vorzubringen. Sie hört seit langen Jahren Stimmen, die sie beschimpfen und geschlechtlich verdächtigen. Man nennt eine Reihe ihr bekannter Namen, kündigt ihr an, dass sie entkleidet und gemissbraucht werde. Die Stimmen sind sehr deutlich, müssen ihrer Meinung nach aus der Heimath durch ein Fernrohr oder durch eine Maschine übertragen werden. Ihre Gedanken werden ihr vorgesprochen; dann muss sie sie denken und hört sie noch einmal nachsprechen; in ihre Thätigkeit wird ihr hineingeredet. Zugleich hat sie allerlei unangenehme Empfindungen an ihrem Körper, an dem etwas „gemacht“ wird. Namentlich werden ihre „Muttertheile“ nach aussen gekehrt; man schickt einen Schmerz durch ihren Rücken, legt Eiswasser auf ihr Herz, schnürt ihr den Hals zu, verletzt das Rückgrat, vergewaltigt sie. Weit seltener sind Gesichtstäuschungen, das Sehen schwarzer Gestalten, verändertes Aussehen der Personen. Wer alle die genannten Beeinflussungen vornimmt und zu welchem Zwecke sie ausgeübt werden, vermag die Kranke nicht genauer zu sagen; bald sind es die Leute aus ihrer Heimath, bald die Aerzte einer Anstalt, in der sie früher war, die ihr etwas aus dem Leibe herausgenommen haben.

Alle diese absonderlichen Klagen bringt die Kranke ohne stärkere Gemüthsbewegung vor; sie weint wohl vorübergehend, schildert dann

aber wieder ihre krankhaften Erlebnisse mit einer gewissen geheimen Befriedigung und selbst mit erotischer Färbung. Sie verlangt ihre Entlassung, lässt sich aber leicht vertrösten, macht sich keine Gedanken über ihre Lage und über ihre Zukunft. Sehr bemerkenswerth sind in ihren Darstellungen zahlreiche geschraubte, kaum verständliche Redewendungen. Man misshandelt sie „flegelweise“, „ausspruchsweise“, „entsetzenswegen“; sie ist „ein Jammerbild in Engelsgestalt“, „eine veruntreute Mama und Hausfrau von Ordnungssinn“; man hat ihr „die Gemüthsbildung umgeändert“; „ein geheimes Insect vom Bezirksamte verfolgt sie“. Die Hand reicht sie in gespreizter Weise, ist kataleptisch und echopraktisch. Körperliche Störungen von klinischer Wichtigkeit sind bei ihr nicht nachweisbar.

Die zuletzt erwähnten Krankheitszeichen werden uns auch hier den Verdacht erwecken, dass der Fall dem Formenkreise der Dementia praecox angehört. Gegenüber den bisher besprochenen Beobachtungen ist nur das lange, einförmige Haften derselben Wahnvorstellungen auffallend. Die Vorgeschichte ergiebt nämlich, dass die Kranke, deren Vater etwas erregt gewesen sein soll, während ein Bruder als Kind Krämpfe hatte, schon seit fast 10 Jahren leidend ist. Die Krankheit entwickelte sich ganz allmählich. Etwa ein Jahr nach dem Tode ihres Mannes, von dem sie 2 Kinder hat, wurde sie ängstlich, schlief unruhig, hörte Nachts in ihrem Zimmer laut sprechen, meinte, sie werde ihres Vermögens beraubt, von Leuten aus Frankfurt verfolgt, wo sie früher gewohnt hatte. Vor 4 Jahren kam sie dann für 1 Jahr in eine Anstalt, glaubte dort „die Frankfurter“ wiederzufinden, merkte Gift im Essen, hörte Stimmen und fühlte Beeinflussungen. Nach ihrer Entlassung machte sie Anzeigen gegen die Aerzte der Anstalt, weil sie dort verstümmelt worden sei, hielt nun diese für ihre Verfolger, schimpfte öffentlich auf die Behörden, die sie nicht schützten, so dass ihre Aufnahme in die Klinik vor 2 Monaten nothwendig wurde. Hier brachte sie Tag für Tag ohne tiefere Erregung dieselben Klagen vor, schrieb langathmige Briefe voll einförmiger, unsinniger Schimpfereien über die erlittenen Verfolgungen an ihre Angehörigen, die Anstaltsärzte, die Behörden. Sie beschäftigte sich gar nicht, trat mit ihren Mitkranken nicht in Beziehung, entzog sich jeder näheren Beeinflussung.

Fälle dieser Art sind ungemein häufig. In der Regel pflegt man bei ihrer klinischen Deutung das Hauptgewicht auf die feststehenden Wahnbildungen zu legen und sie demgemäss der Paranoia zuzurechnen. Mir scheint indessen der eigenartige Schwachsinn der Kranken, der vollkommen demjenigen bei der Dementia praecox entspricht, für die Auffassung des Krankheitsbildes massgebender zu sein. Die gemüthliche Stumpfheit und der Verlust der geistigen Regsamkeit, die Andeutungen von Befehlsautomatie und Negativismus, die Manieren im Benehmen, die gezierten Redewendungen sind ja Zeichen, die wir bei jener Krankheit zur Genüge kennen gelernt haben. Andererseits treffen wir auch dort die hartnäckigen Gehörstäuschungen und namentlich den Wahn der Beeinflussung des Körpers und des Denkens so häufig an, dass wir die stärkere Ausbildung dieser Störungen hier nur als gradweise, nicht als grundsätzliche Abweichung von den gewöhnlichen Fällen der Dementia praecox ansehen möchten.

Von dem Bilde der Paranoia dagegen unterscheidet sich der hier vorliegende Zustand nach verschiedenen, sehr wesentlichen Richtungen hin. Die Wahnvorstellungen sind von vorn herein ganz unsinnig; sie werden geistig nicht verarbeitet. Die Kranke fühlt gar kein Bedürfniss, sich Einwände zu machen, sie zu widerlegen, ein klares Bild von den Personen, Hülfsmitteln und Beweggründen der Verfolger zu gewinnen. Wichtige Einzelheiten, wie z. B. die Personen der Verfolger, wechseln ganz willkürlich. Es findet wohl eine Wandlung, aber kein eigentlicher Ausbau des Wahnes statt, der sich nicht zu einer geschlossenen Weltanschauung entwickelt, sondern in Form von abenteuerlichen, nur locker zusammenhängenden Einfällen fortbesteht. Sodann spielen hier Sinnestäuschungen der verschiedensten Art eine durchaus herrschende Rolle, während wir bei der Paranoia den Wahn sich fast ausschliesslich an wirkliche, aber wahnhaft verarbeitete Erfahrungen anknüpfen sahen. Endlich aber verliert hier der Inhalt der Wahnvorstellungen im Laufe der Jahre ziemlich rasch seinen Einfluss auf das Handeln; die Kranken werden stumpf und gleichgültig*). Gar nicht selten werden die Wahnideen sogar einfach vergessen. Den Endzustand kann dann

*) Die Kranke befindet sich seit $^3/_4$ Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

ein ganz einfacher Schwachsinn bilden, wie wir ihn auch sonst als Abschluss der Dementia praecox beobachten, ein Ausgang, der bei der eigentlichen Paranoia niemals eintritt. Namentlich Beobachtungen dieser letzten Art sind es gewesen, die mich zu der Ueberzeugung geführt haben, dass auch die mit dauernden Wahnvorstellungen einhergehenden Schwachsinnsformen nicht der Paranoia, sondern richtiger der Dementia praecox zugerechnet werden müssen.

XVII. Vorlesung.

Verschiedene Formen der Wahnbildung.

M. H.! Indem wir heute unsere Besprechung der klinischen und diagnostischen Bedeutung der Wahnbildungen fortsetzen, zeige ich Ihnen zunächst einen 47jährigen Schlosser, der sich seit 4 Monaten in der Klinik befindet. Der Kranke ist besonnen, über seine Umgebung und annähernd auch über die Zeit orientirt. Er giebt an, dass er vor 5 Jahren nach Influenza mit Schmerzen im Kreuz und Spannung um den Leib herum erkrankt sei; die Nerven waren so angestrengt, dass er nicht gut mehr gehen konnte. Ausserdem litt er an Verstopfung, und der Urin blieb ein paarmal stecken. Geisteskrank sei er nicht, nur „etwas rappelköpfig". Von seiner Frau wolle er sich scheiden lassen, da er sich mit ihr nicht mehr vertragen könne. Seitdem er nicht mehr arbeiten konnte, sei er ihr lästig geworden; er habe dann gehört, wie sie sagte, er sei ein Lump; sie wolle lieber gar keinen Mann. Alles habe sie verkauft oder versetzen lassen, sich mit dem Hausherrn über ihn unterhalten und geäussert: „Wir hätten ihn schön holen können". Jetzt wolle er wieder heirathen, ein junges, schönes Mädchen. Wenn er wieder besser gehen könne, werde er schon so viel verdienen, um das ausführen zu können. Seit langem habe man ihn schon verfolgt, dass er fort sollte. Die Leute sprachen auf dem Hofe über ihn: „Gestern Abend wäre es Zeit gewesen;

da hätte man ihn fortbringen können". Alles habe er nicht verstehen können, aber gesehen und gemerkt habe er es, dass man ihn mit einem Apparat beeinflusste. Das geschah durch die Frau; es kam von unten, wahrscheinlich wie mit Elektricität, wie wenn man mit Spiegeln vor den Augen herumfährt. Mit dem Apparat habe man ihm Abzug an seinem Körper gemacht, im Kopf und aufs Gehör, dass es im Kopfe summte und pfiff. Wenn er aufstehe, fühle er den Apparat hinten auf dem Rücken; sehen könne er ihn nicht. Die Stimmung des Kranken ist im allgemeinen gleichmüthig, öfters etwas gereizt; er meint, er habe hier nicht die richtige Pflege, zu schlechtes Essen, könne ganz gut wieder arbeiten. Ueber seine Frau ist er erbittert, weil sie ihn in das Irrenhaus geschafft habe, erklärt sich jedoch auf Zureden leicht bereit, sich wieder mit ihr zu versöhnen. Rechenaufgaben löst er ziemlich rasch und richtig; seine Kenntnisse entsprechen etwa seinem Stande.

Die Verfolgungsideen, die der Kranke äussert, werden uns zunächst vielleicht an diejenigen erinnern, die uns von der Dementia praecox her bekannt sind. Auch dort trat uns ja häufiger der Wahn entgegen, körperlich beeinflusst zu werden. Andererseits ähneln die Aeusserungen, die der Kranke hörte, wieder denjenigen beim Alkoholwahnsinn; auch die Eifersuchtsideen würden, wie wir späterhin noch genauer sehen werden, etwa für eine alkoholische Entstehung des vorliegenden Leidens sprechen. Allerdings leugnet der Kranke durchaus, getrunken zu haben; zudem ist er so gedankenarm und urtheilsschwach, dass von einer einfachen alkoholischen Geistesstörung nicht wohl die Rede sein kann. Aber auch die Annahme einer Dementia praecox, die schon wegen des Alters unseres Kranken wenig Wahrscheinlichkeit hat, widerlegt sich sofort, wenn wir seinen körperlichen Zustand genauer ins Auge fassen. Dabei zeigt sich nämlich, dass eine linksseitige Abducenslähmung, Miosis, Pupillendifferenz und reflectorische Pupillenstarre besteht, während die accommodative Reaction noch etwas erhalten ist. Die linke Nasenlippenfalte ist verstrichen; die Zunge wird stossweise vorgestreckt. Die Kniesehnenreflexe sind völlig erloschen; der Gang ist sehr unsicher, ataktisch; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt starkes Schwanken ein. Die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt, die Localisationsfähigkeit schlecht. Die Sprache ist undeutlich, schmierend.

Dieser Befund macht es uns sofort klar, dass wir es mit einer progressiven Paralyse zu thun haben, deren Begleiterscheinung hier nur ganz andersartige, mit Sinnestäuschungen einhergehende Wahnvorstellungen bilden, als wir ihnen früher bei dieser Erkrankung begegnet sind. Wenn man will, so kann man die Ursache dieser eigenartigen Gestaltung in einer stärkeren Betheiligung der Sinnescentren an dem Krankheitsvorgange suchen; man hat wenigstens die Ansicht ausgesprochen, dass die Paraesthesien und Schmerzempfindungen bei Rückenmarkserkrankungen dem Wahne der körperlichen Beeinflussung zu Grunde liegen könnten. Die Vorstellung, geblendet zu werden, liesse sich auf krankhafte Blitzempfindungen in den Sehnerven zurückführen, die gerade bei den mit tabischen Zeichen einhergehenden Formen der Paralyse häufig in Mitleidenschaft gezogen werden. In unserem Falle hat sich leider eine beginnende Sehnervenatrophie weder nachweisen noch ausschliessen lassen, da der zufällige Befund markhaltiger Nervenfasern die Beurtheilung zu sehr erschwerte. Bemerkenswerth ist bei dem Kranken die geringe Störung des Gedächtnisses, sein gutes Rechnen, da wir sonst gerade auf diesem Gebiete die ersten auffallenderen Krankheitszeichen auftreten sehen. Diese Erfahrung lehrt uns wie so manche andere, dass wir niemals auf das Vorhandensein oder Fehlen eines einzelnen Zeichens für die Diagnose allzu grosses Gewicht legen, sondern immer das Gesammtbild im Auge behalten sollen.

Aus der Vorgeschichte des Falles ist zu bemerken, dass der Kranke angeblich aus gesunder Familie stammt und ein regelmässiges Leben ohne Ausschweifungen führte. Er giebt zu, vor 20 Jahren einen Tripper gehabt zu haben, stellt aber luetische Ansteckung in Abrede. Seiner Ehe entstammen 2 gesunde Kinder. Seit 5 Jahren entwickelten sich bei ihm allmählich die Zeichen der Tabes, insbesondere Gürtelgefühl, Ataxie, Blasen- und Mastdarmstörungen, Impotenz. Vor einem halben Jahre begann er, erregt zu werden, auch in geschlechtlicher Beziehung, trank mehr und wurde dadurch noch reizbarer, glaubte, man verfolge ihn, wolle ihn vergiften, verschleudere sein Geld. Schliesslich floh er unter Mitnahme seiner Papiere aus dem Hause, verlangte die sofortige Ehescheidung, wurde dann ins Krankenhaus gebracht, wo er sehr wenig schlief, auf seine Frau schimpfte, zerriss und un-

reinlich war. Von da kam er in die Klinik, beruhigte sich ziemlich rasch, hielt aber an den alten Wahnvorstellungen fest, die er Ihnen ja auch jetzt vorgetragen hat. Einmal wurde ein collapsartiger Zustand, Schwindel, Blässe, sehr kleiner Puls, beobachtet, der wahrscheinlich als ein leichter paralytischer Anfall gedeutet werden musste. Das Körpergewicht stieg zunächst an, ist jedoch jetzt wieder in langsamem Sinken begriffen*).

Dass die Erscheinungen einer Tabes der Entwicklung des paralytischen Krankheitsbildes längere Zeit, sogar viele Jahre hindurch, vorangehen, ist keineswegs selten. Man pflegt diese Form der Paralyse als „ascendirende“ oder Tabesparalyse zu bezeichnen. Ob die diesem Namen zu Grunde liegende Vorstellung, dass die Krankheit gewissermassen vom Rückenmarke zum Gehirne aufsteigt, richtig ist, erscheint ziemlich zweifelhaft. Wir sind sogar noch nicht einmal sicher, ob die Tabes, die später mit paralytischen Störungen endigt, mit der gewöhnlichen Form der Rückenmarksschwindsucht wesensgleich ist. Da die Paralyse regelmässig mit Rückenmarksveränderungen einhergeht, die sich bald mehr in den Hintersträngen, bald mehr in den Seitensträngen ausbreiten, so könnte die paralytische Hinterstrangerkrankung recht wohl einmal die klinischen Zeichen der Tabes hervorbringen, ohne dass doch der Krankheitsvorgang in beiden Fällen derselbe wäre. In klinischer Beziehung ist mir aufgefallen, dass sich bei der ascendirenden Paralyse die tabischen Zeichen wesentlich auf Fehlen der Sehnenreflexe, Miosis, reflectorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie zu beschränken pflegen, während die übrigen Störungen, namentlich auch die schwere Ataxie der Beine, das Schleudern, entweder ganz fehlen oder doch weit schwächer entwickelt zu sein pflegen, als bei der gewöhnlichen Tabes. Andererseits besteht zwischen der Tabes und der Paralyse ohne Zweifel eine sehr nahe Verwandtschaft, insbesondere in ihren ursächlichen Beziehungen zur Syphilis, ebenso hinsichtlich der Unwirksamkeit antiluetischer Behandlung. Auch unser Kranker ist früher mit grauer Salbe und Jodkalium behandelt worden, ohne dass dadurch die Krankheit aufgehalten oder die spätere Entwicklung der paralytischen Erscheinungen verhindert worden wäre.

*) Der Kranke ist 6 Jahre nach Beginn der tabischen Zeichen zu Grunde gegangen.

Ganz ähnlichen Wahnvorstellungen wie bei dem vorigen Kranken begegnen wir bei einem 65jährigen Landwirthe, der sich vor einem Jahre zunächst poliklinisch bei uns vorstellte, später aber in die Klinik verbracht werden musste. Er kam zum ersten Male, um sich bei uns elektrische Apparate anzusehen, nachdem er vorher einen Optiker zu dem gleichen Zwecke aufgesucht hatte. Ueber seine Beweggründe dazu kann Ihnen der völlig besonnene und geordnete Kranke selbst Auskunft geben. Er hat sogar das Bedürfniss, sich darüber auszusprechen, und erzählt uns, dass er schon seit $1^1/_2$ Jahren von seinen Nachbarn, namentlich von einem Schuhmacher, verfolgt werde. Seine Feinde verfügen über Apparate, mit Hülfe deren sie ihn auf die verschiedenste Art beeinflussen können. Zuerst hörte er, dass die Leute über ihn sprachen, ihm Schlechtes nachsagten, wie wenn er gestohlen, Bäume verdorben, falsche Handschriften geschrieben hätte. Er erkannte deutlich die Stimmen und stellte die Leute zur Rede, die aber von nichts wissen wollten. Es muss mit dem Fernsprecher geschehen sein; man „construirte" auch seine Gedanken: „Was ich gedacht habe, das haben die Anderen gesagt".

Weiterhin warf man mit der Elektricität so schwarzes Pulver auf ihn, wie Chloroformium; das zog bei Nacht in den Mund hinein, und nachher war es wie Feuer im Leibe. Auch auf die Bäume warfen sie das Pulver, so dass die Blätter verdorrten; er schickte sie dann ein zur Untersuchung, und es kam die Antwort, das könne auch Mehlthau sein. Das Schlimmste aber ist der elektrische Strom, den sie mit den Maschinen auf ihn einstellen. Der fährt ins Ohr, in den Unterleib, in die Geschlechtstheile; dann fängt es an zu zucken und zu brennen, so dass es ihn plötzlich fast zu Boden reisst. Feurige Strahlen schiessen auf ihn, wenn er im Bette liegt, dass er meint, er brenne an. Das wird mit der Steppmaschine gemacht, die der Schuhmacher hat; auch $1^1/_2$ Fuss lange Hörner haben sie, wie zum Blasen, und kleine Dinger, die sie in der Hosentasche verbergen können. Stahlstangen stellen sie auf, so dass sie den Strom gerade in sein Schlafzimmer hineinschmeissen können; es sind so Scheinwerfer. Mit dem elektrischen Schlüssel sind sie Nachts in sein Haus gekommen, haben ihn betäubt und auf den Mund geschlagen. Es hat einen Gestank gegeben wie von verbranntem Leder oder Knochen; der wurde ins Haus gelassen. Im Essen war

Seifenbrühgestank und Phosphorgestank. Manchmal haben sie ihm den Kopf zusammengespannt, das Gesicht eingedrückt, ihn in die Seite oder in den Leib hinein geschlagen, dass er weh that, dicker wurde und wie aufgeblasen war, bis die Winde abgingen. Der Optiker zeigte ihm ein rundes Ding von Glas mit Röhrchen dran, meinte aber, die Maschine, die seine Feinde hätten, müsse grösser sein; auch ein Schutzmann, der dazu kam, sagte, das hätten die Schuster. Darauf bestellte er sich eine Preisliste von einer Fabrik elektrischer Apparate, um zu sehen, wie die Maschinen seien. In den Zeitungen sah er die Anzeigen durch, da dort auch ähnliche Apparate angezeigt waren. In dem Strom ist die „Sündenprognose“: „das ist grad' wie draussen am Telegraph; da zeigt sich alles an, was kommt“.

Gegen diese Verfolgung rief der Kranke zunächst den Bürgermeister um Hülfe an und wandte sich dann mündlich und schriftlich an das Bezirksamt, aber man half ihm nicht, so dass er bald merkte, die Herren unterstützten den Schuhmacher. Er suchte sich daher selbst zu helfen, legte die Bettflasche an den Kopf; darin hörte er deutlich das Ticken von dem Strom, hatte aber Ruhe, besonders, wenn er noch ein Eisenstück dazu that. Auch hier bittet er um einige Stücken Weissblech, damit er sie von allen Seiten um sich herum legen könne. Noch lieber wäre ihm ein festgeschlossener Raum mit dicken Wänden, durch die keine Strahlen hindurchgingen. Er schreibt noch immer Eingaben an die Behörden mit der Bitte um Schutz und beabsichtigt, bis an das Ministerium zu gehen.

Alle diese Erzählungen bringt der Kranke in völlig ruhigem Tone vor. Er ist von der Richtigkeit seiner Vorstellungen felsenfest überzeugt, lässt sich durch Einwendungen nicht im geringsten beirren, hört kaum darauf hin, giebt sich keine Mühe, sie zu widerlegen, sondern wird höchstens ärgerlich und meint, dass wir auch dazu helfen, indem wir ihn ungerechter Weise einsperren und zurückhalten, verlangt daher auch dringend seine Entlassung. Ueber fernliegende Dinge kann man sich mit ihm ganz gut unterhalten, doch kommt er sehr leicht wieder auf seine Verfolgungen zurück. Seine Kenntnisse entsprechen vollkommen seinem Stande; er zeigt auch eine gewisse geistige Regsamkeit, liest, beschäftigt sich, unterhält sich mit seinen Mitkranken, spielt Karten und be-

nimmt sich in keiner Weise auffällig, wenn man von seinen Schutzmassregeln gegen die Strahlen absieht. Da er auch hier den Schuster über sich sprechen hört und in der Nacht keine Ruhe vor ihm hat, so sucht er namentlich seinen Kopf durch kleine Wälle von Bettstücken und anderen erreichbaren Gegenständen vor den Strahlen zu schützen. Bemerkenswerth ist ein gewisses gehobenes Selbstgefühl, die Befriedigung darüber, dass er in seiner Schlauheit alle Schliche seiner Feinde durchschaut und sich nichts weiss machen lässt.

Aus der Vorgeschichte ist noch nachzutragen, dass der Kranke aus gesunder Familie stammt und ein nüchterner und fleissiger Arbeiter war. Er ist verheirathet und hat 5 gesunde Kinder. Die Krankheit begann vor $1^1/_2$ Jahren mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Zeitweise äusserte der Kranke aber auch Grössenideen, er wolle eine neue Religion einführen, die Landwirthschaft auf der ganzen Erde verbessern. Bei der Vernichtung seiner Person sei es auf den Untergang der ganzen Menschheit abgesehen; er werde aber jetzt mit einer Luftbüchse und einem besonderen Pulver seine Verfolger unschädlich machen. Von diesen Wahnvorstellungen will der Kranke jetzt nichts mehr wissen.

Die Deutung dieses Krankheitsbildes stösst auf gewisse Schwierigkeiten. Gewöhnlich pflegt man derartige Zustände einfach der Paranoia zuzurechnen. Mir scheint jedoch die rasche Entstehung des Leidens, die schnelle Entwicklung erheblicher geistiger Schwäche, endlich das Vorherrschen lebhafter Täuschungen auf allen Sinnesgebieten dagegen zu sprechen. Zudem sind die Wahnvorstellungen im einzelnen durchaus nicht feststehend, sondern wechseln vielfach. Deswegen und nach ihrem Inhalte erinnern sie sehr an diejenigen der Dementia praecox. Andererseits aber fehlen hier alle die eigenartigen Zeichen, die uns sonst von jener Krankheit her bekannt sind, der Verlust der geistigen Regsamkeit, der Negativismus, die Befehlsautomatie, die Stereotypie, die Manieren. Wir werden uns daher, auch im Hinblicke auf das hohe Lebensalter des Kranken, nicht dazu entschliessen können, diesen Fall etwa einfach der Dementia praecox zuzurechnen. Vielmehr wird es vorläufig den Thatsachen am meisten entsprechen, wenn wir feststellen, dass es im höheren Lebensalter ein Krankheitsbild giebt, den „senilen Verfolgungswahn“, dessen wesentlichsten Zug das

Auftreten abenteuerlicher Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen und deatlicher geistiger Schwäche bildet. In der That sind derartige Fälle nicht ganz selten. Die Beeinträchtigungsideen nehmen dabei häufiger die Form des Eifersuchtswahns an. Gewöhnlich bleibt der Zustand der Kranken Jahre lang unverändert; die Wahnbildungen bestehen fort, sind aber in ihrem Inhalte wechselnd. Im weiteren Verlaufe pflegen sich zu den Beeinträchtigungsideen unsinnige Grössenideen zu gesellen. Die Besonnenheit bleibt meist dauernd erhalten, doch werden die Kranken nicht wieder gesund, sondern allmählich schwachsinniger und zerfahrener*).

Eine ganz eigenartige Form von Verfolgungsideen bietet endlich ein 42 jähriger Offizier dar, dessen Leiden nach verschiedenen Richtungen hin von grossem Interesse ist. Der Kranke ist vollkommen besonnen, orientirt und geordnet. Weder in seiner Stimmung noch in seinem gewandten und liebenswürdigen Benehmen zeigt er zunächst die geringste Andeutung einer Störung. Er fühlt sich gesund und leistungsfähig, hat nichts zu klagen, bittet nur in ruhiger und höflicher Weise, bald wieder nach Hause und in seinen Dienst zurückkehren zu dürfen. Erst bei längerer Unterhaltung fällt eine gewisse Unklarheit des Kranken über seine Erlebnisse in den letzten Jahren auf. Er macht darüber zwar allerlei Angaben, doch klingen dieselben eigenthümlich abenteuerlich und stehen auch vielfach mit einander in Widerspruch.

Der Kranke erzählt, wie er in einem Kurhause mit einem Hochstapler zusammen gewohnt habe, der ihm unter falschem Namen vorgestellt worden sei, nächtlicherweise in sein Zimmer eindrang und jetzt in einer Irrenanstalt verwahrt werde, aus der er als geistesgesund wieder entlassen werden solle. Diesen Menschen, dessen Schicksale ihm von seiner Kindheit her bekannt sind, will er anzeigen; überdies ist derselbe schon in einem Processe verurtheilt worden, von dem jüngst in der Zeitung zu lesen stand. Der Kranke selbst meint, dass seine Zurückhaltung in der Klinik mit dieser Angelegenheit in Zusammenhang stehen müsse; hohe Damen seien mit hineingezogen worden. Auf zweifelnde Einwände hält er mit voller Bestimmtheit an seinen Angaben fest und bringt immer neue

*) Der Kranke befindet sich seit $1^1/_2$ Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

Einzelzüge vor, welche die Zuverlässigkeit seiner Darstellung erhärten sollen.

Dabei lässt sich erkennen, dass wir es hier mit jener eigenthümlichen Störung zu thun haben, die man als Erinnerungsfälschung bezeichnet. Dem Kranken tauchen allerlei Bilder auf, die für ihn vollständig die Kennzeichen wirklicher Erinnerungen tragen, obgleich ihnen durchaus kein Urbild in der Vergangenheit entspricht. Diese vermeintlichen Erinnerungen besitzen offenbar eine grosse Lebhaftigkeit, denn der Kranke schildert mit den Worten: „Ich erinnere mich noch ganz genau" alle Einzelheiten der von ihm berichteten Erlebnisse, gerade so, wie wir eine Begebenheit wiedergeben würden, die sich vor wenigen Tagen ereignet hat, die Worte, die dabei gesprochen wurden, die Personen, die zugegen waren, auch ganz unwesentliche Nebendinge, die zur Bekräftigung der Zuverlässigkeit der übrigen Züge dienen können. Je mehr man mit ihm darüber spricht, desto eingehender werden seine Erzählungen; es fallen ihm immer neue Einzelheiten ein. Bezeichnender Weise gesteht er dabei selbst zu, dass er an die ganze Sache bis jetzt „nie wieder gedacht" habe, bis sie ihm plötzlich eingefallen sei. So erinnert er sich fälschlich, dass ihm eine bereits von mehreren namentlich angeführten Richtern unterzeichnete Scheidungsurkunde zur Unterschrift vorgelegt wurde. Bestimmt genannte Personen waren als Zeugen zugegen. Zugleich wurde ihm die Verpflichtung auferlegt, jeden brieflichen Verkehr mit seiner Frau abzubrechen, was er auf Grund dieser Erinnerungsfälschung ohne sonstigen Anlass eine Zeit lang wirklich that.

Bringt man den Kranken auf sein früheres Leben, so erzählt er mit vollster Ueberzeugung eine Menge von höchst merkwürdigen Erlebnissen, Ueberfällen, die auf ihn ausgeführt wurden, kleinen Heldenthaten, sonderbaren Begegnungen, die sämmtlich auf dem Wege der Erinnerungsfälschung entstanden sind. Es ist daher ganz unmöglich, aus seinen Darstellungen ein irgendwie zutreffendes Bild seines wirklichen Lebens zu erhalten. Dazu kommt, dass diese Erzählungen nichts weniger als gleichförmig, sondern vielfachem Wechsel unterworfen sind, da immerfort neue Züge auftauchen, während andere verblassen und verschwinden. Nicht selten lässt sich die Anknüpfung an bestimmte äussere Anregungen erkennen. So erweckte die Vorstellung eines neuen Arztes in dem Kranken sehr bald die

Erinnerung daran, dass er demselben früher schon da oder dort begegnet sei, dass dessen Eltern vor Jahren in seiner Nähe gewohnt hätten und ähnliches.

Es ist begreiflich, dass die wirklichen Erinnerungen bei dieser schweren Störung nur sehr unklar und schwach sein können. Man kann sich bei dem Kranken auch leicht überzeugen, dass er schon nach wenigen Stunden den Inhalt einer früheren Unterredung vollständig vergessen hat. Er erzählt und schreibt daher auch vielfach zu wiederholten Malen dasselbe, weil er nicht mehr weiss, dass es schon einmal geschehen ist. Auseinandersetzungen haften nur sehr kurze Zeit. Beim ärztlichen Besuche vergisst der Kranke ganz, dass er selbst den Arzt hat rufen lassen, um von ihm seine Entlassung zu fordern; er vergisst, wohin er gestern gegangen oder gefahren war, ob er sich schon gewaschen hat, wieviel er geraucht hat, ob er gut oder schlecht schlief und ass, wiederholt deswegen bisweilen alltägliche Verrichtungen mehrfach. In besonderen, darauf gerichteten Versuchen liess sich zeigen, dass er von Worten, die er sich merken sollte, schon nach einer halben Stunde nicht mehr den vierten Theil wiedergeben konnte, während Gesunde von gleichem Bildungsgrade in dieser Zeit kaum ein einziges Wort vergessen.

Andererseits haften bei ihm die falschen Erinnerungen nicht weniger, vielleicht noch fester, als die richtigen. So blieb der Kranke eine Zeit lang Vormittags im Bette liegen mit der Behauptung, dass es ärztlicherseits vorgeschrieben worden sei. Alle derartigen Erinnerungsfälschungen tragen für ihn den Stempel vollster Gewissheit; er wird misstrauisch, wenn man ihn davon abzubringen sucht, und vermuthet dahinter geheime Beweggründe, deren Verständniss ihm gewöhnlich bald durch neue Erinnerungsfälschungen eröffnet zu werden pflegt. Indessen beherrschen die Wahnbildungen den Kranken immer nur für einige Zeit und treten dann wieder in den Hintergrund; sie schliessen sich nicht etwa zu einer Weltanschauung zusammen. Der Kranke bleibt auch den Aerzten gegenüber immer höflich und liebenswürdig, obgleich er sich für völlig gesund hält und durchaus nicht begreifen kann, warum man ihn nicht entlässt.

Den Schlüssel zum Verständnisse dieses äusserst merkwürdigen Krankheitsbildes liefert uns die körperliche Untersuchung. Dabei stellt sich nämlich heraus, dass die Muskulatur der Arme und

Beine ganz auffallend schlaff und leistungsunfähig ist, doch ergiebt die elektrische Prüfung keine Entartungsreaction. Dagegen zeigen die Muskeln eine auffallend hohe mechanische Erregbarkeit. Zugleich sind sämmtliche Nerven an den zugänglichen Punkten auf Druck sehr empfindlich. Die Kniesehnenreflexe sind erloschen; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt deutliches Schwanken auf, ebenso bei raschen Kehrtwendungen. Die gespreizten Finger zittern stark. Sonst sind keine bemerkenswerthen Störungen nachweisbar, insbesondere nicht an den Pupillen oder an der Sprache und Schrift. Dieser Befund weist uns darauf hin, dass hier eine Polyneuritis bestanden haben muss. Wir wissen aber durch Korssakoff, dass bei dieser Krankheit psychische Störungen vorkommen, die hauptsächlich durch das Auftreten sehr ausgebildeter Erinnerungsfälschungen gekennzeichnet sind.

In der That lehrt uns die Vorgeschichte des Falles deutlich, dass wir es hier mit einer derartigen polyneuritischen Geistesstörung zu thun haben. Der ursprünglich gut begabte, vielleicht von Seite des Vaters etwas belastete Kranke machte vor 10 Jahren eine Lungenentzündung durch, die sehr langsam zur Lösung kam. In der Genesungszeit wurde er an stärkeren Alkoholgenuss gewöhnt und erkrankte späterhin an einer Polyneuritis; wahrscheinlich bestand auch Lues, deren Erscheinungen durch eine Jodkaliumbehandlung gehoben wurden. Die neuritischen Störungen schwankten zunächst, wurden aber allmählich unter immer stärker sich ausbildendem Alkoholmissbrauche schwerer, so dass der Kranke in seinem Berufe sehr häufig behindert war. Schon bald nach dem Beginne des Leidens liess sich eine leichte Urtheilsschwäche bei ihm erkennen, insofern ihm völlig die Einsicht in die Tragweite seines Zustandes fehlte. In den letzten Jahren traten dazu Willensschwäche und Vergesslichkeit. Er war unfähig, sich vom Alkohol fernzuhalten, wusste anscheinend auch gar nicht mehr recht, wieviel er trank. Vor 3 Jahren entwickelte sich vorübergehend ein deliriöser Zustand. Bei längerer Entziehung des Alkohols pflegten sich alle Erscheinungen rasch bis auf einen gewissen Rest zu bessern, kehrten aber bald in verstärktem Grade wieder, wenn der Kranke mehr sich selbst überlassen war und wieder trank. Seit mehreren Jahren schon traten immer deutlicher die Erinnerungsfälschungen hervor, zunächst in der Vermischung von Wahrem und Falschem bei

seinen Erzählungen, dann in ganz freien Erfindungen. Die Entwicklung von Wahnbildungen im Anschlusse an die Erinnerungsfälschungen führte endlich zur Verbringung in unsere Klinik.

Wie Sie sehen, ist die Entstehungsweise und die klinische Bedeutung der Wahnvorstellungen hier eine ganz andere, als in allen bisher betrachteten Fällen. Auch diese Erfahrung möge Sie davor warnen, den diagnostischen Werth jenes Krankheitszeichens zu überschätzen. Allerdings lässt sich nicht verkennen, dass zwar nicht die Thatsache der Wahnbildung an sich, wohl aber ihre besondere klinische Gestaltung vielleicht einen Schluss auf das Wesen des vorliegenden Krankheitsfalles zulässt. Erinnert uns das völlig geordnete Verhalten und die tadellose Haltung unseres Kranken etwa an die Paranoia, so widerlegt sich diese Vermuthung doch bald Angesichts der Unbeständigkeit und Verschwommenheit der Wahnbildungen, die das Verhältniss des Kranken zu seiner Umgebung auffallend wenig beeinflussen, obgleich sie im Augenblicke mit grösster Bestimmtheit vorgebracht werden. Sie ähneln in dieser Beziehung eher denjenigen der Paralyse oder der Dementia praecox, doch fehlen eben wieder die kennzeichnenden körperlichen Störungen einerseits, die Absonderlichkeiten in Handeln und Benehmen andererseits. Wir haben hier nicht die Lähmungen, aber auch nicht die weitgehende geistige und gemüthliche Verarmung und den fortschreitenden Verlauf der Paralyse zu verzeichnen, während wiederum die Störung der Merkfähigkeit weit stärker ist, als in der Dementia praecox. Diese Unterschiede sind deswegen besonders wichtig, weil in jenen beiden Krankheiten gelegentlich Erinnerungsfälschungen zur Beobachtung kommen, die zwar weniger ausgeprägt zu sein pflegen, aber sonst den hier geschilderten sehr ähneln können.

Die polyneuritische Geistesstörung ist bei uns nicht gerade eine häufige Krankheit, wenn sie auch vielleicht öfters übersehen werden mag. Wie es scheint, handelt es sich bei ihr um eine Giftwirkung auf die Hirnrinde. Vielfach ist Tuberculose, fast immer Alkoholismus voraufgegangen. Ein Theil der Fälle kommt nach einer Reihe von Monaten zur Genesung; bei anderen entwickelt sich, wie hier, ein unheilbarer Schwächezustand, dessen Eigenart sich noch durch die Erinnerungsfälschungen und die Spuren der Neuritis verräth. Die Behandlung besteht ausser in

sorgfältiger Pflege in der dauernden Entziehung des Alkohols; in unserem Falle ist sie zu spät gekommen.

XVIII. Vorlesung.

Chronischer Alkoholismus.

M. H.! Nur in einer verhältnissmässig sehr kleinen Zahl von Fällen sind wir auf dem Gebiete der klinischen Psychiatrie im Stande, uns über die Ursachen der Krankheitserscheinungen eine einigermassen zuverlässige Vorstellung zu machen; noch seltener vermögen wir uns über die Art und Weise Rechenschaft zu geben, wie jene Ursachen wirken. Am nächsten sind wir diesem letzten Ziele der klinischen Forschung aus erklärlichen Gründen bei den Vergiftungen, namentlich bei denjenigen, die uns die tägliche Erfahrung recht häufig vor Augen führt. Wir wissen, dass die acute Alkoholvergiftung in der Hirnrinde leicht nachweisbare Veränderungen erzeugt, und dass der Ausdruck dieser Veränderungen im Rausche eine Erschwerung der Auffassung, eine Verflachung des Gedankenganges, endlich eine Steigerung der psychomotorischen Erregbarkeit mit Abnahme der Kraft und Störung der feineren Herrschaft über die Bewegungen darstellt. Es ist ferner bekannt, dass grössere Alkoholgaben noch 24—48 Stunden nachwirken können, und dass sich bei regelmässiger Wiederholung der Gabe, bevor die Nachwirkung der früheren geschwunden ist, schon nach wenigen Tagen ein Zustand dauernder Herabsetzung der geistigen Arbeitsfähigkeit auf verschiedenen Gebieten einstellt, der sich auch nach dem Aussetzen des Giftes nur sehr allmählich wieder verliert. Diese durch den Versuch gefundenen Thatsachen sind geeignet, uns ein gewisses Verständniss für die ersten Anfänge jener geistigen Störung zu gewähren, die wir als chronischen Alkoholismus bezeichnen.

Wenn Sie den 33jährigen Kaufmann untersuchen, der vor wenigen Tagen freiwillig in unsere Klinik eingetreten ist, so werden Sie kaum ein Krankheitszeichen an ihm bemerken. Er ist vollkommen besonnen und klar, giebt geordnet über alle seine Verhältnisse Auskunft. Seine Gesichtszüge sind etwas schlaff und

gedunsen. Die Sehnen- und Hautreflexe sind sehr lebhaft; beim Spreizen der Finger fällt ein feines Zittern auf. Gaumenbögen und Rachen sind stark geröthet, die Zunge ein wenig belegt.

Als den Anlass seines Eintritts in die Klinik giebt Ihnen der Kranke an, dass er in der letzten Zeit stark getrunken habe. Er war ein guter Schüler, fing aber etwa mit 16 Jahren, durch die Trinkgewohnheiten seines Vaters verführt, an, ziemlich regelmässig Bier zu trinken, eine Neigung, die sich bei ihm mit manchen Schwankungen allmählich immer stärker entwickelte. Seine Heirath, die mit 26 Jahren erfolgte, brachte eine Zeit lang Besserung; später wurde es aber wieder schlimmer, so dass er sich schliesslich fast den ganzen Tag in einem gewissen Rausche befand. In diesem Zustande war er reizbar, schimpfte bei geringfügigem Anlasse in den gemeinsten Ausdrücken, wurde leichtsinnig und nachlässig in seiner Arbeit, ass zu Hause nur noch sehr wenig. Auf Zureden seiner Frau liess sich der von Hause aus gutmüthige und lenksame Kranke bei uns aufnehmen und blieb fast 4 Monate in der Klinik, wo sich alle Störungen ungemein rasch verloren. Ihm wurde von uns dringend gerathen, dauernd völlig enthaltsam zu bleiben, und er befolgte diesen Rath auch $1^1/_2$ Jahre hindurch. Seine Arbeitsfähigkeit hatte sich dabei sehr gehoben, so dass er erheblich mehr verdiente, als früher. Namentlich aber war seine Frau ganz glücklich über die Umwandlung in seinem Wesen, da der Kranke heiter, liebenswürdig und sehr häuslich geworden war.

Erst vor 4 Monaten begann er wieder zu trinken, wie er sagt, aus Neugier, um zu sehen, ob er es jetzt wohl vertragen könne. Das Beispiel seiner Kameraden hatte in ihm den Wunsch erweckt, doch hier und da auch ein Glas trinken zu können, um nicht hinter ihnen „zurückzustehen“. Anfangs blieb er mässig; sehr bald aber vermochte er nicht mehr einzuhalten. „Wenn man eins getrunken hat, dann kommt man eben in Zorn und wird erregt, und dann trinkt man eben hinein und weiss nicht wie“. In den letzten Wochen trank er sehr stark, meist Champagner, vernachlässigte dabei natürlich wieder seine Arbeit und bat, als er einsah, dass er nicht mehr die Kraft hatte, sich zu beherrschen, wieder um Aufnahme in die Klinik.

Im Laufe dieser Erzählung fällt noch die eigenthümlich humoristische Stimmung auf, in der unser Kranker seine Erleb-

nisse berichtet. So meint er, getrunken habe er schon seit seiner Geburt; das lerne der Mensch zuerst. Auch sucht er sein Trinken etwas zu beschönigen, obgleich er ja selbst deutlich die Unhaltbarkeit seiner Lage erkannt hat. Diese beiden Züge sind kennzeichnend für den Trinker. Sie beruhen auf der gemüthlichen Wirkung des Alkohols, der uns dazu führt, auch ernste Dinge leicht zu nehmen, uns keine Sorgen zu machen und das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit über Bord zu werfen. Sie werden niemals einen Trinker finden, der, so lange er noch unter der Nachwirkung des Giftes steht, sich selbst die Schuld an seinem Trinken beimisst. Immer sind die besonderen Verhältnisse, der Beruf, die Kameraden, namentlich aber die Frau, an dem Trinken Schuld. Das Eingeständniss der eigenen Unselbständigkeit und Haltlosigkeit, das in diesen Ausreden liegt, ist in der That durch die Willensschwäche, die sich bei allen Trinkern entwickelt, nur zu gut begründet. Dass auch die Arbeitsfähigkeit bei unserem Kranken schwer geschädigt war, erklärt sich zum Theil schon aus der unmittelbaren Wirkung der einzelnen, in kurzen Zwischenzeiten genossenen Alkoholmengen. Indessen, es hat sich bei dem Kranken durch Versuche zeigen lassen, dass auch jetzt, 14 Tage nach völligem Aussetzen des Alkohols, noch eine sehr beträchtliche Störung der Auffassung besteht, sowie dass er beim einfachen Abschreiben ganz auffallend viele Fehler begeht und sehr leicht vergisst, Störungen, die uns in dem Bilde des chronischen Alkoholismus vollkommen geläufig sind.

Die Lebensgeschichte, die ich Ihnen hier vorgeführt habe, zeigt Ihnen den ganz gewöhnlichen Gang der Dinge in zahllosen Fällen von chronischem Alkoholismus, die Verführung in der Jugend durch unsere Trinksitten, das allmähliche Anwachsen der Neigung zum Trunk bei einem gutmüthigen, etwas willensschwachen Menschen, das sittliche und wirthschaftliche Sinken, die guten Vorsätze, die immer wieder durch die Verführung über den Haufen geworfen werden, die rasche Besserung des ganzen Zustandes bei völliger Enthaltsamkeit. Wir dürfen übrigens nicht daran zweifeln, dass bei einem Trinker namentlich die Willensschwäche, die durch das Gift erzeugt wurde, sehr lange fortdauert; jedenfalls ist die Gefahr gelegentlicher Rückfälle ausserordentlich gross. Namentlich ist es der Genuss des Alkohols selbst, auch in kleinen Mengen, der sofort

die Widerstandsfähigkeit gegen die Verführung schwächt. Wir wissen ja alle, dass sich Niemand hinsetzt, um sich zu betrinken, sondern dass erst unter dem Einflusse der ersten Gläser die Selbstbeherrschung mehr und mehr verloren geht, gerade so wie es uns unser Kranker schildert.

Darum müssen wir alle Trinker zu völliger Enthaltsamkeit zu bringen suchen, wenn wir dauernde Erfolge erreichen wollen. Auch dann werden manche Enttäuschungen nicht ausbleiben. Immerhin gelingt es doch in der Hälfte bis zu $^2/_3$ der Fälle, in denen rechtzeitig eingeschritten wird, dauernde Genesung der Trinker zu erreichen. In allen irgendwie schwereren Fällen wird dabei eine Anstaltsbehandlung nicht zu umgehen sein, da der geschwächte Wille des Trinkers in den gewohnten Verhältnissen zu vielen Verführungen ausgesetzt ist, denen er aus eigener Kraft nicht zu widerstehen vermag. Leider verfügen wir heute erst über einige wenige Trinkerasyle, so dass die Trinker kaum anders, als in den Irrenanstalten behandelt werden können, ein Umstand, der natürlich das rechtzeitige Eingreifen, von dem alles abhängt, ungemein erschwert. Nur zu oft kommen die Trinker eben erst dann in die regelrechte Behandlung, wenn sie gemeingefährlich geworden sind und also schon die schwersten Formen des Alkoholismus aufweisen. In unserem Falle liegt die Aussicht insofern nicht ungünstig, als der Kranke ein deutliches Gefühl seiner Hülfsbedürftigkeit besitzt und beide Male aus freien Stücken unsere Klinik aufgesucht hat. Er dürfte nunmehr durch seinen Rückfall wohl auch selbst die klare Ueberzeugung gewonnen haben, dass nur die strenge Durchführung völliger Enthaltsamkeit ihn auf die Dauer retten kann. Wir dürfen daher hoffen, dass es gelingen wird, ihn nicht nur jetzt herzustellen, sondern auch für die Zukunft gesund zu erhalten*).

Weit ungünstiger ist die Sachlage bei einem 34jährigen Eisendreher, der uns vor wenigen Tagen aus dem Krankenhause zugeführt wurde. Dorthin war er gekommen, weil er einen Hausfriedensbruch dadurch verübte, dass er sich in die Wohnung seiner Schwiegermutter durch Zerschlagen einer Glasthüre gewaltsam Eingang verschaffte. Der Kranke ist vollkommen ruhig, besonnen,

*) Der Kranke ist seit 5 Jahren gesund und völlig enthaltsam.

zeitlich und örtlich orientirt und giebt zusammenhängende Auskunft über seine Verhältnisse. Seine Schulkenntnisse sind sehr mässige; während er in den ihn zunächst umgebenden Verhältnissen gut Bescheid weiss, vermag er über etwas allgemeinere Fragen aus dem Gebiete der Landeskunde, der Geschichte, Politik oder Religion nur äusserst dürftige Antworten zu geben. Ueber den letzten Vorfall erzählt er, dass er schon seit einiger Zeit den Verdacht gehabt habe, seine Frau sei ihm untreu. Genau könne er das zwar nicht sagen, da er den ganzen Tag nicht zu Hause sei, doch habe er vor einem Vierteljahre nach dem Beischlafe Brennen bemerkt, das ihm verdächtig vorgekommen sei. Allerdings habe ihn ein Arzt, den er befragte, darüber aufgeklärt, dass wohl die bei seiner Frau seit 4 Monaten bestehende Schwangerschaft daran Schuld sei. Vor 14 Tagen, als er heimkam, habe er aber das Sopha in Unordnung gefunden und daraus geschlossen, dass sich die Frau in seiner Abwesenheit mit einem anderen Manne eingelassen habe. Daraufhin habe er ihr einen heftigen Auftritt gemacht. Als er am Abend heimkam, fand er seine Frau nicht zu Hause, sondern in der Wohnung ihrer Mutter. Da sie nicht mit ihm zurückkehren wollte, habe er stark angeläutet und dabei „aus Versehen" die Scheiben der Glasthüre eingedrückt.

Diese Erzählung muss uns von vornherein den Verdacht nahe legen, dass wir es hier mit einer wahnhaften Eifersucht zu thun haben. Natürlich ist bei einer solchen Annahme immer grosse Vorsicht geboten. Was aber hier sehr für eine krankhafte Entstehungsweise spricht, ist die Unbestimmtheit der Angaben und die überaus mangelhafte Begründung des Verdachtes. Da die von dem Kranken angeführten Beobachtungen augenscheinlich nicht das mindeste beweisen, ist seine Eifersucht eben nicht auf Grund der Erfahrung entstanden, sondern umgekehrt haben die an sich nichtssagenden Thatsachen ihre bestimmte Deutung erst durch die aus anderen, krankhaften Gründen entstandene Eifersucht erhalten. Der Wahn ehelicher Untreue hat an sich nichts Kennzeichnendes für eine bestimmte Krankheit; er kann bei ganz verschiedenen Geistesstörungen zur Entwicklung kommen. Am häufigsten ist er aber einmal in höherem Lebensalter, sodann beim Alkoholismus und Cocainismus. Da der letztere wegen seiner Seltenheit und Kostspieligkeit von vorn herein unwahrscheinlich

ist, werden wir hier durch die Eifersuchtsideen sofort auf die Vermuthung des Alkoholismus geführt. Der Kranke giebt indessen auf Befragen über diesen Punkt an, dass er fast nie betrunken gewesen sei; er trinke nur seinen „Satz". Meist habe er etwa 3—4 Flaschen Bier am Tage getrunken, daneben wohl noch das eine oder andere Glas Bier, niemals Schnaps. Er habe so viel gearbeitet, dass er zu Hause gar nichts habe essen können.

Wir würden uns schwer täuschen, wenn wir auf Grund dieser Angaben ohne weiteres die Annahme des chronischen Alkoholismus bei unserem Kranken fallen lassen wollten. Schon die letzte Aeusserung über das mangelhafte Essen ist recht verdächtig, da die bei weitem häufigste Ursache solcher Störungen der Alkoholmissbrauch zu sein pflegt. Zudem sind aber auch die von dem Kranken zugegebenen Alkoholmengen ansehnlich genug, wenn man bedenkt, dass trotz der allgemeinen Werthschätzung der Leistungsfähigkeit im Trinken doch überall die Neigung zu bestehen pflegt, den regelmässigen Verbrauch möglichst gering hinzustellen. Sehen wir uns daraufhin den Kranken genauer an, so finden wir, dass er vorzeitig gealtert, fast ganz ergraut ist. Die gespreizten Finger zeigen ein deutliches, feinschlägiges Zittern; auch die vorgestreckte Zunge zittert ziemlich stark. Die Kniesehnenreflexe sind lebhaft; sonst lassen sich auffallendere körperliche Störungen nicht entdecken. Durch den Nachweis des Zitterns, welches genau demjenigen bei chronischem Alkoholismus entspricht, erhält indessen unser Verdacht neue Nahrung.

Wenden wir uns nun der Vorgeschichte zu, so erfahren wir, dass der Kranke von jeher viel getrunken hat und den grössten Theil seines Arbeitsverdienstes für sich selbst verbrauchte. Unter dem Einflusse des Alkohols war er immer sehr erregt und zu geschlechtlichen Ausschweifungen geneigt. Seit einem halben Jahre äusserte er Eifersuchtsideen gegen seine Frau, bedrohte und schlug sie derart, dass sie sich vor den Leuten nicht sehen lassen konnte. Dabei gebrauchte er die gemeinsten Ausdrücke, auch in Gegenwart seiner Kinder. Als er wegen des letzten Auftrittes ins Krankenhaus abgeholt wurde, schlief er fest und stand offenbar noch unter Alkoholwirkung. Halten wir dem Kranken diese Angaben vor, so meint er, das sei alles stark übertrieben; es habe wohl hie und da einen kleinen Streit gegeben, wie das in jeder Ehe vorkomme, aber

misshandelt und bedroht habe er seine Frau niemals; nur einmal habe er sie etwas geschlagen, als sie ihm eine wichtige Nachricht nicht rechtzeitig mitgetheilt habe. Hinsichtlich der Untreue könne er sich wohl getäuscht haben; er werde seiner Frau auch kein Wort mehr darüber sagen. Das Trinken könne er recht gut lassen; er sehe schon ein, dass es ihm nicht gut thue.

Wie Sie sehen, hat unser Verdacht durch die weitere Prüfung des Falles volle Bestätigung gefunden. Uns begegnen bei dem Kranken alle die kennzeichnenden Züge der Trunksucht, der Verlust weiter reichender Interessen, die Selbstsucht, die ihn zu ganz unverhältnissmässigen persönlichen Ausgaben führt, die sittliche Verrohung, die sich in der Misshandlung der Frau und den wüsten Auftritten in Gegenwart der eigenen Kinder zeigt, endlich die krankhafte Eifersucht, die sich bei Trinkern sehr häufig entwickelt, vielleicht auf Grund der unvermeidlichen innerlichen Entfremdung der Ehegatten. Namentlich dieses letztere Zeichen ist deswegen sehr bedenklich, weil die Eifersucht häufig genug zu gefährlichen Gewaltthaten gegen die Frau führt; sie pflegt auch erst bei schwererer alkoholischer Schädigung des Seelenlebens aufzutreten.

Dass der Kranke seine Trunksucht schlankweg in Abrede stellt, darf Sie nicht Wunder nehmen; auch das ist eine ganz gewöhnliche Erscheinung bei Trinkern, ähnlich wie ja auch Betrunkene fast nie zugeben, berauscht zu sein. Ebenso wenig dürfen Sie sich aber auf die schönen Versprechungen verlassen, die uns der Kranke giebt. Nach einiger Zeit der Ernüchterung können Sie solche Versprechungen von fast jedem Trinker hören. Aber auch dann, wenn sie ernst gemeint und nicht blos ein Mittel sind, um möglichst baldige Entlassung zu erreichen, vermag doch der schwache Wille des Trinkers auch der kleinsten Versuchung gegenüber regelmässig nicht Stand zu halten. In allen irgendwie schwereren Fällen gelingt es den Kranken erst etwa nach Jahresfrist, in diesem Punkte wirklich fest zu bleiben. Leider haben wir zunächst kein Mittel, um die einsichtslosen Kranken auch gegen ihren Willen so lange festzuhalten, bis sich allmählich die Rückbildung der durch den Alkohol erzeugten Störungen vollziehen kann*). Da die

*) Der Kranke musste auf sein Drängen schon nach einer Woche wieder entlassen werden. Sein Zustand hat sich inzwischen so verschlechtert, dass die Ehescheidung im Gange ist.

augenfälligen Zeichen der Krankheit sehr rasch schwinden, so müssen wir derartige Kranke viel zu früh wieder ihrem Schicksale überlassen, obgleich wir klar vor Augen sehen, nicht nur dass sie bestimmt wieder rückfällig werden, sondern dass sie auch für ihre Umgebung, im vorliegenden Falle für die Frau eine ernste Gefahr bedeuten. Viel Gutes würden hier wahrscheinlich die Enthaltsamkeitsvereine stiften, die solche Kranke sogleich in ihren Schutz nehmen und ihnen soviel Halt gewähren, dass so Mancher sich doch zur dauernden Enthaltsamkeit durchringt, der es aus eigener Kraft niemals vermöchte.

Ein ganz ähnliches Bild wie dieser Kranke bietet, wenigstens auf den ersten Blick, ein 44 jähriger Landwirth, der nun schon zum 15. Male Aufnahme in der Klinik gefunden hat. Er stammt angeblich aus gesunder Familie und war gut veranlagt, galt jedoch als leichtsinnig. Nachdem er als Soldat gedient hatte, heirathete er mit 24 Jahren und besitzt 2 gesunde Kinder. Seit seinem 20. Lebensjahre ist er dem Trunke ergeben und wegen der dabei betriebenen Verschwendung verbeistandet. Er trinkt indessen nur zeitweise, einige Tage oder Wochen, dann aber in ganz unsinnigen Mengen alles, was er nur bekommen kann, ohne eigentlich betrunken zu werden. Kommt dieser Drang, zu trinken, über ihn, so lässt er sich von Niemandem halten, zwingt seine Frau durch ernste Drohungen, ihm Geld zu geben, rennt spornstreichs in die nächste Wirthschaft, unter Umständen mitten in der Nacht. Sein ganzes Gebahren ist dann erregt, reizbar; seine Augen glänzen; er spricht viel und laut, hält es nirgends lange aus, läuft aus einer Wirthschaft in die andere, fährt mit der Bahn oder im Fuhrwerk in benachbarten Orten herum, hält Andere frei und giebt das Geld mit vollen Händen aus. Die Summen, die bei solcher Gelegenheit draufgehen, sind oft recht beträchtliche; einmal verbrauchte er in 2 Tagen 130 Mark, die er kurz zuvor auf der Sparkasse erhoben hatte.

Nach einiger Zeit hört dieses wilde Treiben auf. Der Kranke weiss dann meist nicht mehr genau, was er angestellt, insbesondere, wo er das Geld gelassen hat. Zugleich ist er sehr bekümmert über das Vorgefallene und hält sich nun ganz mässig, trinkt oft lange Zeit hindurch keinen Tropfen geistiger Getränke mehr. Das Körpergewicht, das während des Trinkens stark gesunken war, steigt nunmehr rasch wieder an. In den ersten Jahren

traten solche Trinkanfälle etwa alle Vierteljahre auf; später wurden sie immer häufiger; schliesslich kehrten sie sogar schon nach 8 Tagen wieder. In den letzten 7 Jahren, seit wir ihn kennen, hat sich das Leiden etwas gebessert; der Kranke hat mehrfach freie Zeiten gehabt, die sich über viele Monate erstreckten. Im ganzen ist jedoch der Verlauf ein ziemlich unregelmässiger.

Sehen wir uns nun den gross und kräftig gebauten Kranken selbst an, so ist an ihm irgend eine auffallende körperliche Störung nicht nachzuweisen. Er ist besonnen, völlig klar über seine Lage, fühlt sich krank, verstimmt, klagt über Druck im Kopfe. Er hat im Gegensatze zu dem vorigen Kranken von vorn herein den Wunsch, geheilt zu werden. „Ich muss trinken und will nicht trinken", sagt er. In seinen krankhaften Zuständen wird er nach seiner Schilderung missmuthig, starrt verdriesslich vor sich hin und fühlt eine innere Unruhe, die ihn mit Gewalt zum Trinken treibt. „Den ganzen Tag trinken, nur trinken, immer zu; man muss trinken, man mag wollen oder nicht"; „es ist so ein Trieb von innen heraus". Das vergeht plötzlich wieder, „wie wenn es von mir fiele". „Wenns kommt, da muss ich ins Wirthshaus, und wenn's vorüber ist, da hab' ich einen Ekel davor; man dürft' mir Geld geben; ich hab' dann eben keinen Trieb". Aus diesen Aeusserungen, die mit den Beobachtungen der Frau des Kranken gut übereinstimmen, geht klar hervor, dass wir es hier nicht mit einem gewöhnlichen Trinker zu thun haben. Vielmehr handelt es sich um jene Form der Trunksucht, die man als Dipsomanie zu bezeichnen pflegt und die durch das periodische, triebartige Auftreten der Trinkneigung gekennzeichnet ist, während in den Zwischenzeiten wenig oder auch gar nichts getrunken zu werden pflegt.

Den Ausgangspunkt für jeden derartigen Anfall bildet, wie man leicht nachweisen kann, eine Verstimmung, ein Gefühl des Unbehagens und der inneren Unruhe, dessen Beseitigung die Kranken durch das Trinken erstreben. Unter dem Einflusse des Alkohols gerathen sie dann aber in eine Erregung, die sie zu immer neuem Trinken treibt, bis der Anfall ziemlich plötzlich endet. Für das klinische Verständniss dieser sogenannten „Quartalssäufer" sind zwei Thatsachen von grösster Wichtigkeit. Einmal finden wir nämlich diese Zustände recht häufig bei Kranken,

die zweifellos an Epilepsie leiden; sodann aber zeigt sich, dass bei den Dipsomanen, auch in unserem Falle, wenn man ihnen jede Möglichkeit der Alkoholzufuhr abschneidet, die Anfälle in Form von einfachen, bald vorübergehenden Verstimmungen verlaufen, die vollkommen denen der Epileptiker gleichen.

Ich könnte Ihnen ferner aus unseren Beobachtungen der letzten Jahre jede nur denkbare klinische Uebergangsform von den Dipsomanen zu den gewöhnlichen Epileptikern aufweisen. Auf der einen Seite stehen die Kranken, bei denen neben schweren Krampfanfällen periodische Verstimmungen von dipsomanischer Färbung auftreten; daran reihen sich Fälle, in denen sich die Epilepsie ausser den dipsomanischen Anfällen nur durch einzelne Ohnmachten oder Dämmerzustände bemerkbar macht; endlich haben wir solche Beobachtungen zu verzeichnen, in denen, wie bei unserem Kranken, die Dipsomanie die einzige Krankheitserscheinung bildet. Alle die angeführten Thatsachen machen es, wie ich glaube, für die klinische Betrachtung unmöglich, in der Dipsomanie etwas anderes zu sehen, als eine der mannichfaltigen Gestaltungen der Epilepsie. Wenn auch das Trinken dabei zunächst im Vordergrunde zu stehen scheint, so ist es doch nur eine Begleiterscheinung, aber nichts weniger, als die eigentliche Ursache des Anfalles. Es verschlimmert aber allerdings den Zustand sehr erheblich, ganz so, wie wir das früher bei anderen Formen der Epilepsie, bei den Dämmerzuständen und den krankhaften Rauschzuständen gesehen haben.

Daraus geht hervor, dass die Dipsomanie von der gewöhnlichen Trunksucht trotz mancher Aehnlichkeiten grundsätzlich abzutrennen ist. In der That pflegt auch die alkoholische Schädigung des gesammten Menschen bei der Dipsomanie meist geringer zu sein, wohl wegen der kurzen Dauer der einzelnen, freilich oft sehr schweren Anfälle. Aus diesem Grunde bietet die Dipsomanie im allgemeinen auch günstigere Aussichten für die Beseitigung des Alkoholismus, als die gewöhnliche Trunksucht. Natürlich ist aber auch hier eine längere, sorgfältige Erziehung des Kranken zur völligen Enthaltsamkeit unerlässlich, wie wir sie in unserem Falle leider nicht haben erreichen können. Besitzen die Kranken so viel Willenskraft und Verständniss für ihr Leiden, dass sie die Vermeidung jeden Alkoholgenusses für ihr ganzes Leben durch-

führen, so verlaufen nicht nur die Anfälle meist in Form leichter, verhältnissmässig harmloser Verstimmungen, sondern sie werden allmählich auch entschieden seltener. Während der Verstimmungen ist Bettruhe am meisten zu empfehlen, unter Umständen eine grössere Bromgabe. Unser Kranker hat sich wiederholt über einen beginnenden Anfall dadurch hinweggeholfen, dass er täglich 1—2 gr Sulfonal oder Trional nahm und dann so lange schlief, bis nach 1—2 Tagen jede Neigung zum Trinken verschwunden war.

XIX. Vorlesung.

Morphinismus; Cocainismus.

M. H.! Es wird gewiss keinen Arzt geben, der es nicht als obersten Grundsatz seiner Berufsthätigkeit betrachtete, seinen Kranken nicht zu schaden. Dennoch muss ich Sie heute mit einer leider nicht kleinen Gruppe von psychischen Störungen bekannt machen, die fast ausschliesslich ärztlichen Kunstfehlern ihre Entstehung verdanken. Sie sehen zunächst einen 44jährigen Landwirth vor sich, der vor 21 Jahren eine Schussverletzung in die linke Hüfte erhalten hat, durch den das Becken gestreift und anscheinend auch der Ischiadicus etwas verletzt wurde. Im Anschlusse daran traten im Oberschenkel häufig reissende Schmerzen auf, die das Gehen sehr erschwerten und eine Reihe von Badecuren nöthig machten. Nach 5 Jahren wurde die noch im Körper steckende Kugel herausgezogen, ohne dass die Schmerzen sich besserten.

Schon in der ersten Zeit waren dieselben mit Morphium bekämpft worden, dessen Anwendung dann später dem Kranken selbst überlassen wurde. Da er bei seinen Einspritzungen natürlich nicht nach den Regeln der Asepsis verfuhr, so bildeten sich bei ihm zahlreiche Abscesse; er entschloss sich daher schon seit etwa 16 Jahren, die Morphiumlösung innerlich zu nehmen. Wie es immer geht, war ihm sehr bald das Mittel zum unentbehrlichen Lebensbedürfnisse geworden. Sobald er kein Morphium nahm,

traten Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Unlust, Beklemmungsgefühle auf, die ihn immer wieder zur Anwendung des Giftes drängten. Dabei genügten die anfänglichen Gaben nicht mehr, die auftretenden Beschwerden zu beseitigen, sondern der Kranke sah sich genöthigt, immer grössere Mengen des Mittels zu nehmen. Häufig versuchte er, wieder mit der Gabe herunterzugehen, doch scheiterte er dabei schliesslich regelmässig an den erwähnten, höchst peinlichen Beschwerden, die ihn verhinderten, die Gabe unter ein gewisses Maass herabzusetzen. Wie es scheint, kam er zeitweise etwa bis zu 0,06 gr täglich herunter, nahm aber in der letzten Zeit wieder das Dreifache dieser Gabe, doch sind seine Angaben über diese Punkte, wie immer bei derartigen Kranken, wenig zuverlässig.

Augenblicklich bemerken Sie an dem Kranken, der diese seine Vorgeschichte in geordneter und zusammenhängender Weise erzählt, nichts Auffallendes. Er empfindet seine Abhängigkeit von dem Mittel sehr unangenehm und hat den lebhaften Wunsch, davon befreit zu werden, zumal das Morphium seine Schmerzen eigentlich gar nicht beeinflusst, sondern nur die Beschwerden beseitigt, die durch das Aussetzen des Mittels selbst entstehen. Der Kranke fühlt sich hinfälliger, als früher, schläft schlecht und hat wenig Appetit, ist auch in seiner Ernährung zurückgekommen. Sonst ist er kräftig gebaut. Die Pupillen sind eng, ein Zeichen der Morphiumvergiftung; die Hände zittern etwas. Beide Arme, Oberschenkel und Brust sind vollständig mit weisslich glänzenden, sehnigen Narben bedeckt, die von den Einstichen und Abscessen herrühren; die Beweglichkeit beider Ellbogengelenke ist durch Narbenzüge sehr erheblich beschränkt. Diese Narben sind ein unfehlbares Zeichen des Missbrauches von Morphium oder ähnlichen Mitteln; sie fehlen nur in den seltenen Fällen, in denen von vornherein das Gift innerlich genommen wird. Von der alten Schussverletzung ist eine ganz kleine, verschiebliche Narbe am linken Beckenrande zurückgeblieben. Am linken Bein sind Bewegungsstörungen nach keiner Richtung hin nachzuweisen, doch klagt der Kranke über unangenehmes Kriebeln in der Sohle und an den Zehen, ferner über durchfahrende Schmerzen im linken Oberschenkel, aber auch über herumziehende Empfindungen im übrigen Körper, die wohl nur auf den Morphiumhunger zurückzuführen sind. Das Gedächtniss und die Verstandesleistungen des Kranken

zeigen keine Störung; auf gemüthlichem Gebiete ist vielleicht eine gewisse Wehleidigkeit zu bemerken.

So wenig die Krankheitserscheinungen beim dauernden Morphiummissbrauche zunächst ins Auge fallen, so folgenschwer ist das ganze Leiden doch für den Betroffenen. Wir wissen von der psychischen Wirkung des Morphiums aus Versuchen bisher nur soviel, dass es anscheinend den Gedankengang erleichtert, dagegen die Auslösung von Willensantrieben erschwert, also den Willen lähmt. Diese letztere Wirkung tritt im Bilde des chronischen Morphinismus auch klinisch in den Vordergrund. Die Kranken werden schlaff und verlieren ihre Thatkraft, ihre Ausdauer und Arbeitsfreudigkeit und werden dadurch in ihrer gesammten Lebensthätigkeit auf das schwerste geschädigt. Dazu kommt der fortwährende Wechsel zwischen der geistig anregenden Wirkung der einzelnen Morphiumgabe und den sich nach wenigen Stunden einstellenden Entziehungserscheinungen, die in peinlicher innerer Unruhe, Angstgefühlen, ferner in Gähnen, Niesen, Durchfällen, Schweissen, Herzklopfen sowie mannichfachen quälenden Empfindungen bestehen und mit grosser Gewalt zu neuer Einfuhr des Giftes drängen. Endlich bildet sich auch regelmässig eine erhöhte Empfindlichkeit der Kranken gegen alle Schmerzen und gemüthlichen Erschütterungen heraus, die sie schon bei verhältnissmässig sehr geringfügigem Anlasse zur Spritze greifen lässt. Auf diese Weise wird das Morphium unfehlbar zum Mittelpunkte der gesammten Lebensinteressen, dem sich alle anderen Rücksichten unterordnen; es entwickelt sich eine vollkommen sklavische Abhängigkeit von dem Mittel, die ein Siechthum des Willens bedeutet. Dazu gesellen sich Schlaflosigkeit, Rückgang der Ernährung, Herabsetzung der körperlichen Widerstandsfähigkeit, Versiegen der geschlechtlichen Leistungen.

Leider ist es ungemein schwer, dieses verhängnissvolle Leiden wieder zu beseitigen. Zunächst haben wir natürlich das Morphium zu entziehen, was sich ohne wesentliche Schwierigkeiten fast immer im Laufe von 2—3 Wochen durchführen lässt. Plötzliches Abbrechen der Morphiumzufuhr ist wegen der dabei vorkommenden Collapse gefährlich. Da die Kranken meist ihre Gabe höher nennen, als sie wirklich war, und zudem regelmässig mehr nehmen, als zur Beseitigung ihrer Beschwerden nöthig ist, kann man im Anfange

der Cur ziemlich rasch heruntergehen. Wir haben unserem Kranken am ersten Tage noch 0,16, am zweiten Tage nur noch 0,12 gr gegeben, und sind jetzt, nach 14 Tagen, auf 0,04 gr angekommen. Die Beschwerden des Kranken sind dabei sehr geringe gewesen, etwas Unruhe, schlechter Schlaf, in den letzten Tagen ein wenig Gähnen und Niesen sowie leichter Durchfall. Der Appetit ist ziemlich gut geblieben. In 3—4 Tagen denken wir mit dem Mittel auszusetzen, indem wir die letzte Gabe auf den Abend versparen, um die unangenehmen Erscheinungen möglichst am Tage sich abspielen zu lassen. Dabei hat der Kranke streng das Bett zu hüten, wird möglichst gut genährt, namentlich mit Milch, und erhält täglich ein verlängertes warmes Bad. Irgend erhebliche Störungen sind freilich nicht mehr zu erwarten.

Mit der Entziehung selbst ist indessen erst ein kleiner Theil der Arbeit gethan. Weit wichtiger ist die Verhütung der überaus häufigen Rückfälle. In noch höherem Grade, als beim Alkoholismus, bleibt nämlich nach dem Morphiummissbrauche eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit zurück, die den Kranken bei Ueberanstrengungen, Unannehmlichkeiten und Schmerzen sofort wieder seine Zuflucht bei der Spritze suchen lässt. Diese Störung verliert sich nur ganz langsam, meist wohl erst nach Jahr und Tag, während die Morphinisten sich in der Regel als geheilt betrachten, sobald sie einige Tage lang kein Morphium mehr genommen haben. Bevor nicht diese verhängnissvolle Selbsttäuschung gründlich beseitigt ist und die Morphinisten nicht mindestens ebenso lange unter sorgfältige Aufsicht und Behandlung gestellt werden, wie das jetzt für die Alkoholisten als unerlässlich erkannt worden ist, wird sich die ungemein trübe Prognose des Morphinismus schwerlich bessern. Es ist eine durch nichts zu rechtfertigende Gewissenlosigkeit, wenn sich tagtäglich Aerzte in Zeitungen und Flugschriften anheischig machen, Morphinisten „ohne Zwang und Qual in 30 Tagen sicher zu heilen“. Die Entziehung des Morphiums in dieser Zeit ohne erhebliche Beschwerden durchzuführen, ist freilich keine besondere Kunst. Wer aber die Morphinisten dann als geheilt bezeichnet, belügt entweder sich selbst oder seine Kranken. Die unglücklichen Opfer derartiger Reklamen wandern dann aus einer Anstalt in die andere, nachdem sie das Vertrauen zu sich selbst und zu ihren Aerzten gründlich verloren haben.

Wie sich die Zukunft unseres Kranken gestalten wird, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Er kann und will in seinen Verhältnissen nur 7—8 Wochen auf seine Cur verwenden, obgleich wir ihm die grosse Gefahr eines Rückfalles klar gemacht haben. Immerhin ist es nicht ganz ausgeschlossen, dass er frei bleibt, da er nur verhältnissmässig kleine Gaben genommen hat und ein einsichtiger Mann ist, dessen Willenskraft nicht allzuschwer geschädigt zu sein scheint; endlich sind auch die Schmerzen, die den Anlass zum Gebrauche des Mittels gegeben haben, ziemlich geringfügig*).

Weit ernster liegen die Dinge bei der 44jährigen Gerbersfrau, die Ihnen als Beispiel für die schwereren Gestaltungen des Morphinismus dienen mag. Die Kranke ist besonnen, klar über ihre Lage, aber sehr gereizter Stimmung. Bei der Besprechung ihres Morphiummissbrauches bricht sie in heftiges Schimpfen darüber aus, dass man ihr das Mittel entziehe, erklärt trotzig, sie werde doch sofort wieder anfangen, zu spritzen, droht, sich bei erster Gelegenheit den Hals zuzuschnüren; das gehe sehr leicht. Körperlich ist die Kranke klein, in dürftigem Ernährungszustande. Die Zähne sind schlecht; die Zunge ist leicht belegt, zittert, ebenso die gespreizten Finger. Am rechten Auge besteht ein von einer Iridektomie herrührendes Colobom. An beiden Armen und Hüften finden sich zahlreiche, glänzende Narben.

Unsere Kranke war schon vor 4 Jahren einmal bei uns. Ihr Vater war Trinker; ihre Grossmutter mütterlicherseits war gelähmt. Sie selbst heirathete vor 13 Jahren und hat 2 gesunde Kinder. Der Beginn ihres Leidens liegt 17 Jahre zurück. Sie musste sich damals wegen acuten Glaukoms einer Operation unterziehen und erhielt dabei vom Arzte Morphium; dann gab es ihr die Krankenschwester, die selbst Morphinistin war, weiter, so dass sie sich daran gewöhnte. Später liess sie sich das Mittel zunächst vom Arzte verschreiben, erhielt es dann aber auch ohne Recept aus der Apotheke. Das Geld dazu wusste sie sich dadurch zu verschaffen, dass sie heimlich Leder verkaufte oder mit Nachschlüsseln den Schrank ihres Mannes öffnete. Schliesslich nahm dieser selbst die Abgabe des Mittels in die Hand. Da er aber der Kranken

*) Der Kranke ist jetzt, $8^1/_2$ Jahre nach seiner Entlassung, angeblich noch frei von Morphium.

nie genug gab, so wusste sie ihn auf alle mögliche Weise zu hintergehen, entnahm heimlich aus den Flaschen Morphium, goss Wasser nach und stiess sie dann um. Im Laufe der letzten 10 Jahre soll sie für mehrere 1000 Mark Morphium verbraucht haben, so dass die wirthschaftlichen Verhältnisse der Familie sehr darunter litten. Ihr Zustand verschlechterte sich dabei immer mehr; alles drehte sich für sie um das Morphium. Die Kranke wurde unstet, haltlos, ängstlich, konnte ohne Einspritzung nicht mehr arbeiten; sie ass und schlief sehr schlecht, kam in ihrer Ernährung zurück, sah blass und verfallen aus. Die Menses schwanden fast ganz.

In den letzten Jahren fing die Kranke an, zu trinken. Alle Versuche, ihr das Morphium zu entziehen, schlugen fehl, so dass man sich endlich entschloss, sie in die Klinik zu bringen. Sie soll damals 1—2 gr Morphium täglich verbraucht haben. Dennoch ging die Entziehung, die in 5 Tagen durchgeführt wurde, ohne besondere Schwierigkeit von Statten, so dass jene Angabe zweifellos viel zu hoch gegriffen war. Es trat nur leichte Unruhe, Beklemmungsgefühl und etwas Durchfall auf. Dagegen war die Kranke während der Entziehung und auch noch einige Tage nachher sehr gereizt, einsichtslos, versicherte, sie werde sich sofort wieder Morphium verschaffen, obgleich sie auf eigenen Wunsch die Cur begonnen hatte. Erst späterhin, mit Hebung des anfangs noch gesunkenen Körpergewichtes, wurde sie verständiger und zuversichtlicher, meinte, sie werde nie mehr rückfällig werden. Trotz aller Warnungen liess sie sich daher auch nicht halten, sondern verliess mit Zustimmung ihres Mannes nach kaum 2 Monaten die Klinik.

Der von uns unter diesen Umständen mit Bestimmtheit erwartete Rückfall erfolgte nach Aussage der Kranken schon in den ersten Tagen, doch merkte ihr Mann erst nach Jahresfrist davon. Sehr bald entwickelte sich wieder der alte Zustand. Wenn die Kranke kein Morphium hatte, legte sie sich zu Bett, hatte Herzklopfen und fühlte sich so elend, dass sie alles daran setzte, sich immer wieder auf allerlei Schleichwegen das Mittel zu verschaffen. „Ich würde gestohlen haben“, sagt sie selbst; „ein Morphinist hat kein Schamgefühl“. Die Tagesgabe soll etwa 1 gr betragen haben. Wir verabreichten ihr daraufhin zunächst etwas über $^1/_3$ dieser Gabe, um dann ziemlich schnell herunterzugehen. Schon in der ersten Nacht traten grosse Unruhe, Schmerzen in den Gliedern,

Schweisse, Beklemmungen auf; die Kranke klagte: „Von meinen Qualen machen Sie Sich gar keinen Begriff“. Gegen die Aerzte war sie gereizt, meinte, ihr könne Niemand helfen, „und wenn ein Engel vom Himmel herabkäme“.

Am 17. Tage, als sie nur noch 0,04 gr Morphium erhielt, fing sie an, auf dem Leintuche Ameisen zu sehen und ihren Mann zu hören, der ihr Vorwürfe machte, nachdem sie schon 2 Tage vorher ohne Anlass eine Fensterscheibe zertrümmert hatte. Sie war sehr benommen, sprach zusammenhangslos vor sich hin, sah in der heimatlichen Gerberei die Farbhähne offen stehen und die Farbe auslaufen, wischte Läuse und anderes Ungeziefer von ihrem Bette. Zeitweise war sie ganz klar, fürchtete, sie werde verrückt; ihr sei, als habe sie ein dickes Brett vor dem Kopfe. Zugleich trat ein grobes Zittern der Hände hervor. Vielfach wusste sie nicht, wo sie sich befand, redete den Arzt mit Du an, war schreckhaft, bald ängstlich, bald mehr humoristischer Stimmung. Bei Druck auf die Augen sah sie Wasser; sonst waren keine Gesichtstäuschungen auszulösen. Dagegen erbat sie sich einen Bettschirm, um einen grossen Mann nicht sehen zu müssen, der ihr ein Schild mit den Worten hinhielt: „Man darf nicht spritzen“. Dieser in seiner Stärke vielfach wechselnde deliriöse Zustand dauerte etwa eine Woche; die tägliche Morphiumgabe wurde in dieser Zeit nur um 0,01 gr verringert. Jetzt ist die Kranke, wie Sie sehen, seit 3 Tagen wieder klar, aber noch einsichtslos und gereizt. In 2—3 Tagen denken wir die Entziehung zu beenden.

Die Prognose dieses Falles wird gegenüber dem vorigen sehr wesentlich verschlechtert durch die viel grösseren Mengen des Giftes, die lange Zeit hindurch genommen wurden, sodann aber durch die Haltlosigkeit und Willensschwäche der Kranken, die zum Theil durch den Morphiummissbrauch erzeugt worden ist, zum Theil aber auch wohl schon vorher bestand. Der Wunsch, von der Sklaverei des Giftes befreit zu werden, trat bei den ersten Entziehungserscheinungen sofort in den Hintergrund; zudem hat bei ihr die Sehnsucht nach dem Mittel schon zu sittlich sehr bedenklichen Handlungen geführt, wie sie leider bei Morphinisten nicht selten sind, sobald der Morphiumhunger über sie kommt. Gerade dieser Verlust des sittlichen Haltes in allen Fragen, bei denen ihr Leiden in Betracht kommt, zeigt deutlich genug die tiefgreifende

Wirkung des Morphiums trotz der geringen Schädigung des Gedächtnisses und der Verstandesleistungen*).

Eine besondere Erschwerung hat die Entziehung bei unserer Kranken durch das Auftreten des eigenthümlichen deliriösen Zustandes erfahren. Solche und ähnliche Störungen sind bei Morphinisten nicht ganz selten, aber wohl kaum auf die Wirkung des Giftes selbst zurückzuführen. In unserem Falle deutete das Krankheitsbild mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen alkoholischen Ursprung hin, und die Kranke hat uns auch zugegeben, dass sie zur Linderung ihrer Beschwerden häufiger zum Alkohol gegriffen habe. Vielfach wird der Alkohol vom Arzte selbst zur Erleichterung der Entziehung herbeigezogen, regelmässig mit dem Erfolge, dass die Kranken nun beide Mittel neben einander brauchen. Nicht weniger beliebt ist das Cocain, das man eine Zeit lang als das wahre Heilmittel des Morphinismus angepriesen hat, bis man erkannte, dass es noch weit schlimmer ist, als das Morphium. Auch unsere Kranke hat vor 7 Jahren einige Wochen hindurch vom Arzte Cocain bekommen. Schon nach 8—14 Tagen traten Angstgefühle und Unruhe auf. Sie hörte, dass man über sie sprach, dass ihr Mann sie schimpfte, glaubte auf einem hohen Thurme zu stehen, von dem sie ein Engel herunterwerfen wollte. Erst nach dem Aussetzen des Cocains verschwanden diese Täuschungen wieder.

Aehnliche Erfahrungen hat ein 26jähriger Zahntechniker gemacht, der aus einer bekannten Morphiumentziehungsanstalt zu uns kam. Er war bereits seit einigen Jahren Morphinist und trat vor 8 Monaten in jene Anstalt ein. Dort ging es ihm in den ersten 2 Monaten ganz gut, bis er auf eine Tagesgabe von 0,02 gr heruntergekommen war. Als dann die ersten Entziehungserscheinungen auftraten, verbrauchte er zunächst ein Gramm Morphium, das er sich, wie die meisten Morphinisten, für alle Fälle zurückbehalten hatte. Es gelang ihm, den Assistenzarzt zu täuschen, „denn er hatte noch nicht die nöthige Uebung, einen Morphinisten zu durchblicken". „Die meisten Patienten mogelten, und ich wusste es genau, doch verstellten sie sich blos vor dem Arzte". Später trat eine Rippenfellentzündung auf, während derer

*) Nach Mittheilung ihres Mannes soll die Kranke jetzt, 2 Jahre nach ihrer Entlassung, kein Morphium mehr nehmen, aber an Schlaflosigkeit, Nervenzuckungen, innerer Angst und Herzklopfen leiden.

angeblich die Gabe wieder bis auf 1 gr täglich gesteigert wurde. Noch später verschaffte ein Leidensgefährte, der zur Erleichterung seiner Entziehungserscheinungen nebenher spritzte, dem Kranken ebenfalls wiederholt Morphium, um sich seine Verschwiegenheit zu sichern, so dass die Cur durchaus keine weiteren Fortschritte machte.

Er wurde nun vom Anstaltsleiter fortgeschickt, der ihm angeblich erklärte, dass die Entziehung vor der Hand undurchführbar sei. Ueber die letzte Zeit, in der er vom Arzte kein Morphium mehr erhielt, half sich der Kranke dadurch hinweg, dass er in der Apotheke „Opiumcognac" trank und sich ausserdem je eine Flasche mit Morphium- und Cocainlösung dort kaufte, von der er einen Theil verbrauchte, den Rest aber für die Reise aufbewahrte. Cocain war von seinem Arzte dem Morphium zugesetzt worden, um die Einspritzungen schmerzloser zu machen. Bei der Abreise bemerkte der Kranke zu seinem Schrecken, dass er sein Morphium in der Anstalt vergessen hatte. Er ergänzte seinen Vorrath zunächst in der Apotheke, erhielt aber dort nur 0,13 gr, „weil man Verdacht geschöpft hatte, dass er Morphinist sei". Unter diesen Umständen kehrte er nochmals heimlich in die Anstalt zurück und erhielt dort vom Oberwärter noch eine gleich grosse Gabe. Nachdem er sich für die Reise durch einige kräftige Einspritzungen vorbereitet hatte, wurde er unterwegs sehr schläfrig und fiel schliesslich einem Gauner in die Hände, der ihn seiner ganzen Baarschaft und seiner Uhr beraubte. Als er sich deswegen an die Polizei wandte, machte er den Eindruck eines Kranken, wurde ins Krankenhaus geschafft und gerieth dort in einen Zustand deliriöser Verwirrtheit und Erregung, der eine Woche später zu seiner Ueberführung in unsere Klinik Anlass gab.

Bei der Aufnahme war der Kranke unklar über seine Umgebung und seine Lage, fasste schwer und unvollkommen auf, zeigte aber einen lebhaften Rededrang, erzählte von seinen letzten Erlebnissen, immerfort abspringend und den Faden verlierend. Dabei bestanden zahlreiche Sinnestäuschungen, über die er uns später genauere Auskunft gegeben hat. Im Krankenhause sah er Katzen, Mäuse, Ratten, die in der Zelle herumsprangen und an seinen Beinen knabberten, so dass er schreiend hin und her hüpfte; er fühlte ihre Zähne. Es war Spiritismus; sie waren durch Hypnotismus durch die Wände gekommen. Die Bettdecken ver-

wandelten sich in zwei Menschen, von denen der eine secirt war. In der Wand war ein Loch; darin sass ein uralter, weisser Greis, der eine Vorstellung gab. Eine seiner Tanten sah der Kranke mit den Wärtern geschlechtlich verkehren; sie zwang auch seine 11jährige Schwester dazu. Er hörte das Kind schreien und die Tante ihr zureden, rief ihr dann zu, sie solle doch wenigstens nicht so starke Männer auswählen. Noch ein anderes Kind von 6—7 Jahren wurde ebenso behandelt; die Tante suchte die Männer auf der Strasse und führte sie zu dem Bette, in dem die Mädchen lagen. Auch ein Mord wurde begangen; das Militär schoss und die Feuerwehr spritzte dazwischen, so dass das Wasser in der Zelle fusshoch stand. Bei uns sah der Kranke Fische im Badewasser, hörte Schiessen, Stimmen draussen auf dem Gange. Körperlich war ausser Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämme, Zittern der Zunge, mehreren frischen Abscessen und den Zeichen eines acuten Magenkatarrhs keine auffallendere Störung nachzuweisen. Die Pupillen waren weit, obgleich der Kranke in den letzten Tagen regelmässig 3—4 Centigramm Morphium erhalten hatte.

Der lebhaft erregte, weitschweifig schwatzende Kranke wurde sofort ins Bad gebracht, erhielt nach Ausspülung des Magens durch die Sonde reichlich flüssige Nahrung, kleine Gaben Morphium und etwas Coffein. Im Laufe der nächsten Tage besserte sich sein Zustand rasch. Er fing an, von selbst Nahrung zu sich zu nehmen; die Täuschungen verschwanden, und die früheren wurden berichtigt. Am 5. Tage erhielt er die letzte Morphiumgabe. Die Entziehungserscheinungen, Schwitzen, Gähnen, Niesen, waren mässig stark, doch blieb der Kranke noch etwas unklar und schwerfällig in seinem Denken. Die Stimmung war ängstlich, zeitweise gereizt und drohend. In seinen massenhaften Schriftstücken traten ausser grosser Weitschweifigkeit und Zusammenhangslosigkeit Auslassungen, Wiederholungen und Verwechselungen von Buchstaben und Wörtern, endlich auch Unsicherheit und Fahrigkeit der einzelnen Schriftzüge hervor. Alle diese Störungen schwanden indessen bald. Das Körpergewicht stieg um 6,5 Kilogramm; der Schlaf kehrte wieder, so dass Sie den Kranken heute, nach 6wöchentlichem Aufenthalte in der Klinik, in recht gutem Zustande vor Sich sehen. Ausser den Spritznarben erinnert im Augenblicke nichts mehr an die überstandene Krankheit. Er hat gute Einsicht in sein Leiden, ist

voller Zuversicht für die Zukunft, schwört, nie wieder zur Spritze greifen zu wollen, und bittet um seine Entlassung, die auch von seiner Mutter dringend verlangt wird. Nach dem, was ich Ihnen früher gesagt habe, werden Sie begreifen, dass wir diesem Verlangen nur mit schwerem Herzen und nur darum nachgeben, weil wir kein Recht haben, ihm zu widerstehen. In Wirklichkeit ist die Zeit der Behandlung viel zu kurz, um eine dauernde Genesung mit einiger Sicherheit zu gewährleisten.

Sehr bemerkenswerth ist in diesem Falle der etwa 10 Tage dauernde deliriöse Zustand, der lebhaft an die Alkoholdelirien erinnerte. Es ist ja auch möglich, dass der Alkohol in Form von einfachem und „Opiumcognac", wie er zur Erleichterung der Entziehung herangezogen wurde, dabei eine gewisse Rolle gespielt hat. Einige Züge des Deliriums weisen jedoch mehr auf eine Betheiligung des Cocains hin. Dahin rechne ich den schleppenden Verlauf der Störung, die Gefühlstäuschungen des Benagtwerdens, sodann die geschlechtlichen Abenteuer, namentlich aber die Redseligkeit, den Schreibedrang und die Weitschweifigkeit des Kranken, die wir in dieser Weise nicht im Delirium tremens, dagegen regelmässig in der Cocainvergiftung zu finden pflegen. Allerdings lässt sich der Antheil, den die beiden, hier neben einander wirkenden Gifte an der Entstehung des Deliriums haben, nicht mit Sicherheit auseinanderhalten. Nur soviel können wir sagen, dass jener Zustand nicht durch das Morphium erzeugt wurde.

Was uns alle diese Fälle lehren, ist die schwere Schuld, die der ärztliche Stand an der Entstehung des Morphinismus trägt. Freilich ist auch er selbst bei weitem am meisten unter den Morphinisten vertreten. Andererseits sind es gerade die morphinistischen Aerzte, die am leichtsinnigsten mit dem Gifte umgehen, obgleich ihnen am klarsten sein sollte, dass es das Lebensglück fast sicher zerstört. Endlich aber mögen Sie ersehen, dass es jedem Morphinisten ein Leichtes ist, sich überall das ersehnte Mittel zu verschaffen; unsere Gesetzgebung ist bisher diesem Unheil gegenüber ohnmächtig geblieben. Die einzig wirksame Vorbeugung des Morphinismus besteht daher darin, dass jeder Arzt sich der ernsten Verantwortung klar bewusst wird, die er durch die dauernde Anwendung des Morphiums auf sich nimmt.

XX. Vorlesung.

Endzustände der Paralyse.

M. H.! Der zuverlässigste Wegweiser für die klinische Deutung der mannichfaltigen Krankheitszustände, mit denen wir es zu thun haben, ist, wie ich glaube, der Ausgang derselben. Wir haben genugsam gesehen, wie in demselben Krankheitsverlaufe die verschiedenartigsten Bilder mit einander wechseln können, so dass es auf den ersten Blick unmöglich erscheint, ihre innere Zusammengehörigkeit zu erkennen. Wenn aber einmal die mehr vorübergehenden Begleiterscheinungen abgelaufen sind, treten wenigstens bei den ungeheilten Fällen immer klarer und reiner die wesentlichen Störungen im Krankheitsbilde hervor. Haben wir sie hier klar aufgefasst, so sind wir im Stande, die dauernden, grundlegenden Züge auch in solchen Zuständen schon zu erkennen, in denen sie zunächst durch weit auffallendere, aber vorübergehende Störungen theilweise verdeckt erscheinen. Aus den Ausgängen der Krankheiten vermögen wir uns daher am besten ein Urtheil darüber zu bilden, welche Krankheitszeichen klinisch bedeutsam sind, welche nicht. Aber auch wenn wir diesen Gesichtspunkt der klinischen Gruppirung ganz ausser Acht lassen wollen, muss für den Arzt schon die rein erfahrungsmässige Feststellung der Krankheitsausgänge von der grössten Wichtigkeit sein, da nur sie ihm die Möglichkeit an die Hand giebt, das Kommende vorauszusagen, eine Aufgabe, die in der Irrenheilkunde fast noch grössere Bedeutung hat, als sonst in der Medicin, zumal der Arzt bei der Machtlosigkeit unserer Behandlungshülfsmittel in ihrer Lösung vielfach seine einzige Befriedigung suchen muss.

Diejenige Krankheit, die durch ihren gesetzmässigen Ausgang trotz ihrer Vielgestaltigkeit zuerst als Einheit erkannt werden konnte, ist die Paralyse. Der Grössen- und Kleinheitswahn, die Erregungen und Verstimmungen, die Delirien und Sinnestäuschungen — alles geht bei dieser Erkrankung schliesslich auf in dem Bilde eines eigenartigen, hochgradigen Schwachsinns mit Lähmung. Das Ende ist, soweit nicht besondere Ereignisse es vorzeitig herbeiführen, überall dasselbe. Dass aber in der That die

genannten, zunächst weit mehr ins Auge fallenden Störungen nicht die wesentlichen, sondern mehr nebensächliche Begleiterscheinungen des Krankheitsvorganges darstellen, lehren uns jene zahlreichen Fälle, in denen von vorn herein die einfache paralytische Verblödung ganz oder fast rein das Krankheitsbild beherrscht.

Wenn Sie den 41jährigen Maschinenführer ansehen, den ich Ihnen hier zeige, so werden Sie sehr bald erkennen, dass der Kranke hochgradig blödsinnig ist. Er giebt zwar auf Befragen langsam und schwerfällig Antwort, weiss aber nicht genau, wo er sich befindet, meint, er sei „in einem Badhause, wo Nervenkranke sind". Monat und Jahr vermag er nicht zu nennen, giebt sein Alter falsch an, weiss nicht, wann er geheirathet hat, wie lange er schon hier ist, kennt die Namen der Aerzte nicht. Sein Wissen erweist sich als äusserst dürftig. Obgleich er ein eifriger Zeitungsleser war, meint er, Württemberg sei eine Republik; „der Kronprinz wird Praesident sein, Georg oder wie er heisst". Die Schlacht bei Sedan war am 10. oder 12. September; andere Schlachten 1870 waren bei Königgrätz, Belfort, Saarlouis. Beim Rechnen begeht der Kranke viele grobe Fehler, meint aber am Schlusse befriedigt, er sei ein guter Kopfrechner. Mit seinem Aufenthalte hier ist er ganz einverstanden; es gefällt ihm gut, obgleich er sich nicht für geisteskrank hält. Indessen habe er in einer Papierfabrik, wo er thätig war, viele Stunden lang in grosser Hitze zubringen müssen und sei dadurch nervös geworden. Die Stimmung ist gleichmüthig; der Kranke macht sich über seine Lage keinerlei Gedanken und lässt sich ohne weiteres nach Belieben lenken.

Schon bei dieser kurzen Unterredung tritt neben der Urtheilsschwäche und Stumpfheit des Kranken die tiefgreifende Störung des Gedächtnisses und der Orientirung so stark hervor, dass wir dadurch sofort zu der Vermuthung einer progressiven Paralyse geführt werden. Die körperliche Untersuchung ergiebt zunächst schlaffe, ausdruckslose Gesichtszüge mit ungleicher Ausprägung der Nasenlippenfalten. Die Zunge zittert stark beim Vorstrecken; dabei treten Mitbewegungen im ganzen Gesichte und in den Halsmuskeln auf. Die rechte Pupille ist weiter, als die linke; beide sind lichtstarr. Die Hände zittern; die grobe Kraft ist gering; die Bewegungen sind plump und ungeschickt. Die Sehnenreflexe sind lebhaft; Fussklonus ist angedeutet. Beim Stehen mit

geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Einen derben Nadelstich, den ich dem Kranken in der Unterhaltung beibringe, bemerkt er gar nicht, ist ganz verwundert, als er auf die tief in der Hand steckende Nadel aufmerksam gemacht wird. Der Gang ist etwas schwerfällig, die Schrift unsicher. Auch die Sprache ist erheblich gestört; beim Nachsprechen der Probewörter stellt sich deutliches Silbenstolpern ein. Ausserdem aber vermag der Kranke beim Vorzeigen von Gegenständen vielfach die richtige Bezeichnung nicht zu finden, obgleich er die Dinge selbst ganz gut erkennt und sofort zustimmt, wenn man ihm die Namen sagt; es bestehen also Andeutungen von Aphasie.

Wie Sie sehen, wird durch diesen Befund unsere Annahme in vollem Umfange bestätigt. Das vorliegende Gesammtbild enthält alle wesentlichen Züge der Paralyse und zwar ohne die Wahnbildungen und Stimmungsänderungen, die wir in früheren Fällen dieser Krankheit beobachten konnten. Es wäre allerdings möglich, dass dem jetzigen Zustande etwa eine reichere Entwicklung der Krankheitszeichen voraufgegangen wäre. Das trifft jedoch hier nicht zu. Der Kranke, der unehelich geboren ist und zwei entfernte Verwandte hat, die geisteskrank waren, ist bis vor $^5/_4$ Jahren ganz gesund und ein nüchterner, fleissiger Arbeiter gewesen. Er ist verheirathet und hat ein Kind besessen. Die Krankheit soll nach einem Brande zuerst bemerkt worden sein, doch hat der Kranke schon vor 4 Jahren vorübergehend an Doppeltsehen gelitten, damals auch zeitweilig den Harn nicht halten können. Nach jenem Schreck stellten sich Kopfschmerzen ein, Schlaflosigkeit, Mangel an Esslust, Stuhlverstopfung, Gedächtnissschwäche und Verstimmung. Zeitweise besserten sich die Erscheinungen; in den Zwischenzeiten arbeitete der Kranke, aber hastig und mit einer gewissen Erregung. Als er schliesslich vor 4 Wochen bei uns aufgenommen wurde, traten mehrmals leichte Anfälle von Schwäche und Benommenheit auf, in denen er schwindlich wurde, sich rasch setzen musste und stärkere Zeichen von Aphasie darbot. Nach einigen Stunden pflegte er sich wieder zu erholen. Lues wird von dem Kranken geleugnet, Tripper zugegeben. Gerade das frühere Doppeltsehen macht aber wohl eine luetische Grundlage der Krankheit auch hier sehr wahrscheinlich.

Diese Vorgeschichte bereichert unser Bild noch durch das Hinzutreten leichter, aber unverkennbarer paralytischer Anfälle.

Derartige Anfälle mit vorübergehenden aphasischen Störungen bilden ungemein häufig eines der ersten Zeichen der beginnenden Paralyse. In psychischer Beziehung aber hat der Kranke von Anfang an einfach das Bild einer allmählich fortschreitenden Verblödung dargeboten, wenn man etwa von der gemüthlichen Verstimmung absieht, wie sie fast regelmässig die Einleitung des Leidens bildet. Diese Verlaufsart der Paralyse, die man als die demente Form zu bezeichnen pflegt, ist nach meinen Erfahrungen bei weitem die häufigste, wenn sie auch wegen der Unscheinbarkeit der psychischen Krankheitszeichen mehr dem Nervenarzte, als dem Irrenarzte vorzukommen pflegt.

Die Fälle, die dieser Gruppe angehören, sind übrigens keineswegs gleichartig. Der grössere Theil derselben muss entschieden zu den schwereren Verlaufsarten der Paralyse gerechnet werden. Die höchsten Grade der Verblödung und auch das Ende der Krankheit werden hier nicht selten in überraschend kurzer Zeit, selbst innerhalb weniger Monate erreicht, so dass man bisweilen anzunehmen geneigt ist, die Krankheit müsse schon viel länger bestanden haben, ohne erkannt zu werden. Ich habe mich jedoch oft genug von der Irrthümlichkeit dieser Meinung überzeugen können. Auch der weitere Verlauf, in dem paralytische Anfälle häufig zu sein, Remissionen zu fehlen pflegen, kann ein recht schneller sein, so dass in fast $^1/_5$ der Fälle der Tod schon innerhalb des ersten Krankheitsjahres eintritt. Andererseits giebt es aber auch eine kleine Zahl wesentlich unter dem Bilde einfacher Verblödung verlaufender Fälle, die einen sehr langsamen Verlauf und eine ungemein lange Dauer aufzuweisen haben. Ueber die Ursachen dieser Verschiedenheiten wissen wir leider gar nichts. In unserem Falle gehen die ersten Spuren der Krankheit ziemlich lange zurück; wenigstens werden wir wohl das Doppeltsehen und die Blasenstörungen vor 4 Jahren schon mit dem später deutlicher hervortretenden Leiden in Beziehung bringen dürfen, da derartige Zeichen der Paralyse vielfach voraufgehen. Vielleicht ist es wegen der Langsamkeit, mit der den ersten Vorboten schwerere Störungen gefolgt sind, gerechtfertigt, bei unserem Kranken eine längere Dauer des Leidens zu erwarten*).

*) Der Kranke ist $3^3/_4$ Jahre nach dem Auftreten der psychischen Veränderung gestorben.

Dass ein Zustand einfacher Verblödung auch den Abschluss ganz andersartiger paralytischer Krankheitserscheinungen bilden kann, möge Ihnen das Beispiel einer 52jährigen Kaufmannsfrau zeigen, die sich seit 6 Jahren in der Klinik befindet. Die Kranke tritt mit schwerfälligen, schlürfenden Schritten in gebückter Haltung ein. Auf Fragen bringt sie kaum verständliche Antworten vor, die erkennen lassen, dass sie zwar weiss, wo sie sich befindet, und auch die Namen einiger früherer Aerzte kennt, aber von ihrer Lage und von den Zeitverhältnissen gar keine klare Vorstellung hat. Sie vermag nicht, ihr Alter, ihr Hochzeitsjahr oder die Namen ihrer Kinder anzugeben, weiss nicht, wie lange sie schon hier ist, hält sich für ganz gesund, war nie krank. Die Stimmung ist gleichmüthig, bisweilen etwas gehoben oder gereizt; auch die Erwähnung von Mann und Kindern macht keinen besonderen Eindruck. In einzelnen Wendungen verrathen sich jedoch noch die Spuren früherer Kenntnisse. Die Kranke flicht italienische und französische Brocken in ihre Reden, knüpft an den ihr vorgesagten Namen „Artaxerxes“ die Worte „Hannibal, Karthagena“ an. Auch vermag sie noch leidlich zu lesen, versteht aber den Sinn des Gelesenen nicht. Hie und da ist sie etwas widerstrebend, will die Hand nicht geben, schimpft, dass man ihr alles gestohlen habe, benimmt sich im übrigen jedoch völlig theilnahmlos, kümmert sich nicht um die Vorgänge in ihrer Umgebung.

Auf körperlichem Gebiete fällt neben der Schlaffheit der blöden Gesichtszüge vor allem die schwere Sprachstörung auf. Die Articulation ist äusserst undeutlich; die einzelnen Wörter werden ruckweise, mit einer gewissen Anstrengung hervorgebracht, wobei es oft noch zur Auslassung und Versetzung von Buchstaben kommt. Die Zunge zittert stossweise stark beim Hervorstrecken; die Lippen gerathen dabei in ein deutliches Beben. Die rechte Nasenlippenfalte ist stärker verstrichen; die rechte Pupille ist sehr viel weiter, als die linke; beide sind vollkommen lichtstarr. Die Schmerzempfindlichkeit ist bedeutend herabgesetzt; die Sehnenreflexe sind stark erhöht.

Durch diese Befunde ist die Diagnose der Paralyse natürlich gesichert. Wir sehen auch hier, wie sich gegen das Ende der Krankheit alle die kennzeichnenden Erscheinungen des Leidens in ausgeprägtester Form gewissermassen rein, ohne nebensächliche

Störungen, zusammengefunden haben. Die Kranke stammt aus einer erregbaren Familie und war auch selbst immer sehr lebhaft, reizbar, dabei nach den verschiedensten Richtungen hin begabt. Sie abortirte 3mal und hat eine Tochter, die schon in der Jugend an einem schleichenden Hirn- und Rückenmarksleiden erkrankte. Der Beginn der Paralyse lässt sich bei der Kranken bis vor 8 Jahren zurückverfolgen, wo sich mehrmals ein rasch vorübergehender Verlust der Sprache einstellte. Im Laufe des nächsten Jahres bildete sich allmählich eine durchgreifende Veränderung in ihrem Wesen heraus. Sie wurde sehr reizbar, dabei flüchtig und vergesslich, nachlässig in ihrem Thun, liess in den Briefen Buchstaben und Wörter aus, verlor ihre früheren Sprachkenntnisse, ihre Gesangsfertigkeit, ihren künstlerischen Geschmack, verstiess gegen Anstand und Sitte, wurde grob und roh gegen ihre Angehörigen. Zugleich wurde die Sprache undeutlich und schmierend.

In diesem Zustande wurde die Kranke bei uns aufgenommen und erwies sich als schon ziemlich weit verblödet. Sie begann nun, ganz unsinnige Grössenideen vorzubringen. Zunächst blieb es noch bei einem Landgute in Italien, einer ausgezeichneten Stimme, wunderschönen Kindern; späterhin aber verschenkte sie 1000 Liter Rothwein und Champagner, besass goldene Kleider, 5000 Kisten voll, viele Millionen in Gold, 30 schöne Finger, 4 Umfänge in der Stimme, 3 Kinder von Bismarck, war vom Kaiser im 2. Monate schwanger, fühlte 4füssige Kinder im Leibe, hatte 70mal geboren u. s. f. Wiederholt traten leichte paralytische Anfälle mit Schwindel, Erbrechen und starker Röthung des Kopfes auf. Das Körpergewicht stieg bei riesiger Esslust im Laufe von $^5/_4$ Jahren von 53 auf 80,5 Kilogramm.

Von da ab begann ein anfangs rascher, dann ziemlich jäher Abfall bis auf 45,5 Kilogramm. Zugleich stellte sich bei der Kranken eine lebhafte ängstliche Erregung ein. Sie wurde ganz verwirrt, ass und schlief nicht mehr, widerstrebte jeder Einwirkung, wälzte sich in grösster Unruhe herum, suchte sich selbst Verletzungen beizubringen, die Zunge und Zähne auszureissen, und äusserte eine Reihe der unsinnigsten depressiven Vorstellungen. Sie sei todt, könne nicht mehr schlucken; es kämen Räuber; der Mann sei geschlachtet; die Kinder sässen im Abort; 100000 Kaiserinnen seien in der Heizung gefangen; man habe ihr 10000 Taschentücher gestohlen, die Brüste abgeschnitten, das Blut abgezapft.

Aus diesem höchst bedrohlichen Zustande erholte sich die Kranke erst nach einigen Monaten ganz langsam wieder, ohne jedoch im weiteren Verlaufe mit ihrem Körpergewichte viel über 50 Kilogramm zu steigen. Zugleich stellte sich heraus, dass die Verblödung wie die körperlichen Störungen einen sehr erheblichen Fortschritt gemacht hatten; die Kranke war ganz gedankenarm und stumpf geworden. Seit jener Zeit aber hat sich der Zustand kaum mehr verschlechtert*).

Wie Sie sehen, haben in diesem Krankheitsverlaufe eine Reihe verschiedenartiger Zustände einander abgelöst, deren Ende der einfache paralytische Blödsinn bildet. Sie erkennen daraus, dass die landläufigen paralytischen Krankheitsbilder, die depressiven, agitirten, dementen Formen u. s. f., nicht geschlossene Gruppen darstellen, sondern nur in ganz groben Umrissen eine gewisse Eintheilung des Lehrstoffes bieten. Leider wissen wir zur Zeit noch keine bessere Gruppirung an die Stelle zu setzen.

Dem Wechsel der Zustände hat in unserem Falle bis zu einem gewissen Grade der Gang des Körpergewichtes entsprochen. Was wir hier beobachtet haben, deckt sich mit den allgemeinen Erfahrungen. Es ist eine sehr gewöhnliche Erscheinung, dass in einem gewissen Abschnitte der Paralyse das Gewicht ungeheuerlich ansteigt, um dann später unaufhaltsam zu sinken, ohne dass etwa die Nahrungsaufnahme entsprechend grosse Schwankungen aufwiese. Dieser Verlauf ist so häufig, dass er schwerlich auf zufällige Ursachen zurückgeführt werden kann. Vielmehr scheint es mir zweifellos, dass wir es dabei mit Umwälzungen im Körperhaushalte zu thun haben, ähnlich etwa denen, die wir beim Diabetes oder auch beim Alkoholismus beobachten. Gerade diese Erscheinung dürfte dafür sprechen, dass die Paralyse nicht eine reine Gehirnerkrankung ist, sondern mit Veränderungen im gesammten Körper einhergeht. Im gleichen Sinne sind, wie ich glaube, die Neigung der Paralytiker zum Druckbrande, zu Ohrblutgeschwülsten und die auffallende Brüchigkeit ihrer Rippen zu deuten, ferner die Häufigkeit von Eiweiss in Harn wie die vasomotorischen Störungen.

Der vorliegende Fall giebt Ihnen zugleich ein Beispiel der

*) Die Kranke befindet sich nach mehr als 8jähriger Dauer ihrer Paralyse noch jetzt in der Klinik, freilich vollständig verblödet und körperlich recht hinfällig.

weiblichen Paralyse. Sein Verlauf unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von dem, was wir auch bei Männern beobachten. Man hat bisweilen angegeben, dass die Krankheit bei Frauen langsamer verlaufe, und dass die Wahnbildungen hier bescheidener seien, doch kommt dabei wohl nur die freiere Stellung des Mannes zum Ausdrucke, insofern sie ihm Gelegenheit giebt, sich im Beginne der Erkrankung stärkeren Schädlichkeiten auszusetzen, die den Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflussen können. Namentlich alkoholische und geschlechtliche Ausschweifungen erweisen sich in dieser Beziehung öfters verhängnissvoll. Dass auch in unserem Falle die Syphilis ihre ursächliche Rolle gespielt hat, wird durch die voraufgegangenen Aborte, vielleicht auch durch die Erkrankung des Kindes recht wahrscheinlich. Meist allerdings ist der Nachweis dieser Ursache bei Frauen noch weit schwieriger, als bei Männern.

Die letzten, schweren Endzustände der Krankheit zeigt Ihnen endlich ein 50jähriger Frachtbriefträger, den ich Ihnen im Bette vorführen muss, da er längst ausser Stande ist, zu gehen. Zudem liegt der Kranke seit gestern bewusstlos da, reagirt weder auf Anreden noch auf Nadelstiche. Der Kopf ist nach links hinübergedreht; auch die halb geöffneten Augen stehen nach links und sind etwas nach oben gerollt. Die Pupillen sind weit und verengern sich nicht auf Lichteinfall. Die Gesichtszüge sind schlaff, eingesunken, die Lippen trocken, wie die Zunge mit leichten, bräunlichen Krusten belegt. Die Athemluft zeigt einen halb fauligen, halb säuerlich-aromatischen Geruch, wie er sich bei hungernden Geisteskranken einzustellen pflegt und auf Acetonbeimischung zurückzuführen ist. Die Athmung ist oberflächlich, langsam, der Puls klein und frequent, die Körperwärme etwas erhöht. In den Gliedern, besonders auf der rechten Seite, bemerken Sie bei Beugungsversuchen deutliche Spannung; die Kniesehnenreflexe sind trotzdem sehr ausgiebig. Warten wir einige Zeit, so bemerken Sie, wie sich plötzlich die Augen ganz nach links wenden; dann folgt eine ruckartige Bewegung des Kopfes nach links, der sich nach kurzer Pause schüttelnde Zuckungen des Kopfes anschliessen. Die Spannung in den Gliedern nimmt zu und entladet sich ebenfalls in leichten Zuckungen, die vorzugsweise die rechte Seite betreffen. Dieses ganze Spiel dauert nur wenige Minuten; dann liegt der Kranke wieder regungslos da.

Was Sie hier vor sich sehen, ist ein paralytischer Anfall. Er unterscheidet sich von einem epileptischen sofort durch die verhältnissmässig geringe Stärke der Krampferscheinungen bei tiefster Bewusstlosigkeit, namentlich aber durch die ungleichmässige Betheiligung der verschiedenen Muskelgebiete, wie sie dem Bilde der Rindenepilepsie im Gegensatze zu den gewöhnlichen epileptischen Anfällen entspricht, bei denen die Krämpfe symmetrisch zu sein pflegen. Es giebt übrigens auch paralytische Anfälle, die völlig den epileptischen gleichen. Andere wiederum treten unter dem Bilde einer Apoplexie auf: die Kranken stürzen in tiefer Bewusstlosigkeit mit schnarchender Athmung plötzlich zu Boden und können sofort todt sein, oder sie erwachen nach einiger Zeit mit halbseitiger Lähmung und oft auch aphasischen Störungen. Sehr rasche Rückbildung dieser Erscheinungen muss uns immer den Verdacht auf eine paralytische Grundlage des Anfalles erwecken. Der leichten Schwindelanfälle und Ohnmachten, die ebenfalls oft durch Spuren von Aphasie ihre verhängnissvolle Bedeutung verrathen, haben wir schon früher gedacht.

Bei unserem Kranken dauert der Anfall, der sich eigentlich aus einer grossen Reihe von Einzelanfällen zusammensetzt, bereits 30 Stunden. So kann es aber noch einige Zeit, unter Umständen 8, 10 Tage und selbst länger, fortgehen; freilich wird die Lebensgefahr von Tag zu Tag grösser*). Der Tod ist jedoch in der Regel nicht die unmittelbare Folge des Hirnleidens, sondern er wird am häufigsten durch Schluckpneumonieen herbeigeführt. Durch den ganz unempfindlichen Kehlkopf sickert der mit Fäulnisserregern durchsetzte Speichel ungehindert in die Lungen und erzeugt dort lobuläre Entzündungen. Eine andere Gefahr bildet der Druckbrand, der bei den unbehülflichen, sich immerfort verunreinigenden Kranken nur durch sehr sorgfältige Pflege, am besten durch das Dauerbad, verhütet werden kann. Da die Kranken nicht schlucken, hört die Nahrungsaufnahme im paralytischen Anfalle auf, und man thut auch am besten, die Kranken zunächst hungern zu lassen. Dauert der Anfall aber länger, als 2—3 Tage, so ist nach Massgabe des allgemeinen Ernährungszustandes zur Sondenfütterung zu greifen. Vorher kann man allenfalls durch hohe Eingiessungen von physio-

*) Der Kranke ist am nächsten Tage im Anfalle gestorben.

logischer Kochsalzlösung in den Darm dem Körper etwas Wasser zuzuführen suchen; bei bedenklicher Herzschwäche haben wir auch wohl schon zu Kochsalzeinläufen unter die Haut gegriffen. Die Mundhöhle muss, soweit das möglich ist, durch häufige Waschungen sauber gehalten werden; auch auf die regelmässige Entleerung von Blase und Mastdarm, die öfters stockt, ist das Augenmerk zu richten. Selbst bei sorgfältigster Pflege ist indessen ein ausgeprägter paralytischer Anfall immer ein sehr ernstes Ereigniss. Wenn es auch gelingt, das Leben zu erhalten, sieht man in der Regel, dass die Verblödung des Kranken wieder einen erheblichen Schritt vorwärts gemacht hat.

Unser Kranker hat schon einmal, vor 3 Monaten, einen mehrtägigen paralytischen Anfall überstanden. Er ist erkrankt vor etwa 1 3/4 Jahren. Es wurde bemerkt, dass sein Gedächtniss abnahm, dass er viele Rechenfehler beging und nicht mehr gut schreiben und sprechen konnte. Obgleich diese Störungen rasch zunahmen, fühlte er sich doch nicht krank. Erst jener Anfall gab den Anlass zu seiner Verbringung in das Krankenhaus, wo er sich als schon ganz blöde erwies, ziemliche Unruhe zeigte und spärliche Grössenideen entwickelte. Zu uns kam er vor 7 Monaten, vollkommen verblödet, mit ausgeprägtester Sprachstörung, die sich namentlich in der Neigung zur Verdoppelung tonloser Silben äusserte. Er war ferner deutlich aphasisch; so bezeichnete er ein Feuerzeug als „Holzen, Hölzchen, Holzkasten“, einen Uhrschlüssel als „Uhrkaiser, Uhraufzieher“. Die Pupillen reagirten noch etwas; die allgemeine Reflexerregbarkeit war so stark erhöht, dass er bei plötzlichen Bewegungen gegen sein Gesicht am ganzen Leibe zusammenfuhr. Setzte man ihn so auf den Stuhl, dass nur die Fussspitzen auf dem Boden aufstanden, so entwickelte sich sofort ein rhythmisches Auf- und Niederwippen des Beines durch Auslösung von Fussklonus. Gehen und Stehen war in Folge von Schwäche und Spannungen in den Beinen bald nicht mehr möglich; das Körpergewicht sank trotz reichlicher Nahrungsaufnahme stetig um 10 Kilogramm. Der Kranke wurde immer blöder und unbehülflicher, hielt sich dauernd unrein. In der letzten Zeit trat noch anhaltendes, lautes Zähneknirschen auf, wie es in den Schlussabschnitten der Paralyse häufig beobachtet wird.

Dieses völlige Erlöschen des geistigen Lebens, verbunden mit

schwerstem körperlichem Siechthume und den aufgezählten Lähmungserscheinungen bildet den regelmässigen Ausgang des Leidens, wenn nicht andere Zufälle demselben schon vorher ein Ende gemacht haben. Es werden zwar immer wieder einzelne Fälle berichtet, in denen die Paralyse zum dauernden Stillstande oder gar zur Heilung gekommen sein soll; wir haben indessen Angesichts der ungeheuren Menge traurig endender Kranker kaum ein Recht, mit solchen Möglichkeiten zu rechnen. Uebrigens ist es durchaus möglich, dass es gewisse seltene Krankheiten giebt, die der Paralyse zeitweise sehr ähnlich sehen und eine weniger trübe Aussicht für die Zukunft eröffnen. Auch meine Erfahrungen scheinen mir dafür zu sprechen, dass nicht alle Kranken mit einzelnen Lähmungserscheinungen ohne weiteres dem Gebiete der Paralyse mit den daraus sich ergebenden Folgerungen zugerechnet werden dürfen.

Vielleicht wird uns hier die anatomische Forschung einmal den richtigen Weg führen. Sie lehrt uns jetzt, dass der Paralyse weit ausgedehnte Zerstörungen aller wichtigen Rindenbestandtheile zu Grunde liegen, der Zellen, der Fasern und, wie es scheint, auch der grauen Grundsubstanz zwischen den Zellen, ferner eine starke Vermehrung der Glia und sehr häufig auch Wucherungsvorgänge an den kleinen Hirngefässen. Das Endergebniss ist eine Schrumpfung der Hirnrinde mit mehr oder weniger vollständigem Untergange derjenigen Gewebstheile, die wir als die Träger der Seelenvorgänge betrachten. Ausserdem aber breiten sich die krankhaften Veränderungen über viele andere Theile des Gehirns, die grossen Basalganglien, die Nervenkerne und selbst das Rückenmark aus, wo vorzugsweise die Seiten- und Hinterstränge betheiligt erscheinen. Endlich werden auch die weichen und harten Hirnhäute sowie wahrscheinlich noch eine ganze Reihe von Organen des Körpers in Mitleidenschaft gezogen, doch sind über diesen letzten Punkt unsere Kenntnisse bisher sehr unvollkommen.

Immerhin haben sich auf dem Wege der anatomischen Untersuchung von der Hauptmasse jener Fälle, die wir klinisch als Paralyse zu bezeichnen pflegen, schon jetzt einzelne Formen mit wesentlich abweichendem Befunde herausheben lassen, so namentlich die im beginnenden Greisenalter mit starken arteriosklerotischen Veränderungen einhergehenden Erkrankungen. Die klinische Abgrenzung ist hier einstweilen noch ziemlich unsicher, doch steht

wohl zu erwarten, dass wir allmählich lernen werden, das Bild der auf syphilitischem Boden entstehenden fortschreitenden Gehirnlähmung, wie es unzweifelhaft den Kern der Beobachtungen bildet, anatomisch und klinisch von solchen äusserlich ähnlichen Formen zuverlässig zu trennen, die eine andere Entstehungsweise und darum möglicherweise auch einen anderen Verlauf und Ausgang darbieten.

XXI. Vorlesung.

Endzustände der Dementia praecox.

M. H.! Der unerbittliche Ausgang der Krankheit macht es uns bei der progressiven Paralyse verhältnissmässig leicht, auch ohne Leichenöffnung wenigstens am Schlusse zu erkennen, dass alle die verschiedenartigen klinischen Gestaltungen des Leidens auf einen einheitlichen Krankheitsvorgang in der Hirnrinde zurückzuführen sind. Weit schwieriger liegt die Frage bei anderen Formen der Verblödung, weil hier die Endzustände keineswegs so gleichartige sind, dass aus ihnen ohne weiteres die Zusammengehörigkeit der so ungemein mannichfaltigen klinischen Bilder in die Augen spränge. Nicht nur finden sich von den günstigsten Fällen bis zur allerschwersten Verblödung alle möglichen Abstufungen, sondern es können auch bald diese, bald jene Ueberbleibsel aus den früheren Krankheitsabschnitten den Endzuständen ihre besondere Färbung geben. Auf diese Weise entsteht nicht nur im Verlaufe, sondern auch in den Ausgängen des Irreseins ein geradezu verwirrender Formenreichthum. Ich entsinne mich nur zu gut noch der Rathlosigkeit, mit der ich lange, lange Jahre hindurch der Fülle von geistigen Schwächezuständen gegenübergestanden habe, wie sie jede grössere Anstalt beherbergt. Auf der einen Seite drängte ihre Mannichfaltigkeit zu einer gewissen Gruppierung; andererseits aber liess sich nicht verkennen, dass trotz aller Verschiedenheiten in der äusserlichen Gestaltung doch bestimmte Grundzüge überraschend gleichförmig wiederkehrten.

Den Wegweiser in diesem Wirrsal giebt uns die Geschichte der einzelnen Kranken. Sie lehrt uns, dass bei der grossen Mehrzahl der mehr oder weniger verblödeten Kranken diejenigen Erscheinungen voraufgegangen sind, die wir im Krankheitsbilde der Dementia praecox kennen gelernt haben, wenn auch in sehr wechselnder Ausprägung. Sie lehrt uns aber ferner, dass dort, wo andersartige Krankheitsvorgänge die Verblödung herbeigeführt haben, bei genauerer Betrachtung auch in den Endzuständen noch die Eigenart des Leidens erkennbar bleibt. Darum ist es eine, wenn auch schwierige, so doch grundsätzlich lösbare Aufgabe, nicht nur beim Beginne einer Geistesstörung den weiteren Verlauf und Ausgang vorauszusagen, sondern auch umgekehrt aus dem Endzustande Rückschlüsse auf die früheren Krankheitsabschnitte zu ziehen. Es giebt nicht etwa einen einzigen Blödsinn mit mehr zufälligen Spielarten, der den Ausgang der verschiedenartigsten ungeheilten Geisteskrankheiten bildet, sondern jede Form des Irreseins führt, wenn sie nicht heilt, zu einem ihr allein eigenthümlichen Endzustande. Freilich zeigt sich diese Eigenart immer nur in den wesentlichen Krankheitszeichen, während die zufälligen Begleiterscheinungen sehr wechseln können. Leider ist unsere Kenntniss dessen, was wesentlich ist, heute noch sehr unvollkommen, so dass wir bei der Deutung des einzelnen Endzustandes ohne die Vorgeschichte oft genug im Zweifel bleiben werden. Immerhin ermöglicht uns die sorgfältige Beachtung der klinischen Zeichen auch schon jetzt, uns in einer beträchtlichen Zahl von Fällen aus dem Schlussabschnitte des Leidens wenigstens ein ungefähres Bild von dem zu entwerfen, was voraufgegangen ist.

Die 57jährige Frau, die Ihnen als erstes Beispiel dienen mag, ist vollkommen besonnen, klar über Zeit und Umgebung und giebt mit grosser Redseligkeit Auskunft. Sie beginnt sogleich, zu betonen, dass sie ganz gesund sei, nicht in die Klinik gehöre, sondern ihre baldige Entlassung verlange. Ihr Mann scheine geisteskrank zu sein, da er sie hergebracht habe; er habe sich mit anderen Frauenzimmern abgegeben und sie schlecht behandelt, viel Geld verbraucht, während sie eine ungemein ordentliche und sparsame Frau gewesen sei. Auch die Nachbarsleute hätten sie beschimpft; ein Reisender habe in ihrer Gegenwart eine unsittliche Handbewegung gemacht. Als sie auf dem Bezirksamte gewesen sei, um sich ein

Leumundszeugniss zu holen, habe sie plötzlich lachen müssen, obgleich ihr gar nicht danach zu Muthe gewesen sei; ähnlich sei es ihr früher in der Anstalt ergangen, als man sie mit Spiegeln untersucht habe. Vom Personal werde sie schlecht behandelt; die Mitkranken sprächen eingelernte Sachen; man spucke ihr in die Waschschüssel. Das Bett brenne Nachts übernatürlich; es müsse etwas in die Matratze gebracht sein. Ihren Arm habe ihr der Arzt verdorben; auch mit den Augen sei etwas gemacht worden. Diese Angaben bringt die Kranke geläufig, aber in geziert hochdeutscher Sprechweise und mit allerlei geschraubten Wendungen vor. Aufforderungen befolgt sie erst nach einigen Einreden, meint, es sei unnöthig, die Hand zu geben, streckt sie schliesslich dem Arzte steif entgegen. Von körperlichen Störungen ist nur ein sehr blasses, etwas gedunsenes Aussehen und die Kleinheit des bis zu 120 Schlägen zählenden Pulses bemerkenswerth.

Bei weiterem Befragen giebt die Kranke zu, schon mehrmals in unserer Klinik gewesen zu sein, und weiss sich der wichtigsten Einzelheiten aus diesen Zeiten noch sehr gut zu erinnern. Sie stammt von einer religiös überspannten Mutter, heirathete mit 22 Jahren und gebar 9 Kinder, von denen 6 gestorben sind. Mit 38 Jahren machte sie einen Typhus durch, an den sich bald der Beginn der geistigen Störung angeschlossen haben soll. Es ist jedoch zu erwähnen, dass sie sich damals zugleich in den ersten Monaten einer Schwangerschaft befand. Sie meinte, die Leute sprächen über sie, sähen ihr frech ins Gesicht, spuckten vor ihr aus, machten unanständige Anspielungen, suchten ihr eine unvorsichtige Aeusserung über den Kaiser zu entlocken, um sie dann anklagen zu können. Als sie in Folge dessen nicht mehr ass und schlecht schlief, wurde sie in die Klinik gebracht. Hier fühlte sie sich ebenfalls verfolgt und hatte mehrere heftige Schreianfälle, in denen sie sich die Haare ausraufte und Gesichter schnitt. Einige Wochen hindurch war sie ganz stumm und nahm mit blödem Gesichtsausdrucke immer dieselbe Stellung ein. Auch mit dem Eintritte der Besserung blieb sie unzufrieden, nörgelnd, einsichtslos, gab nicht zu, dass sie krank gewesen sei. Nach fast halbjährigem Anstaltsaufenthalte kehrte sie in die Familie zurück, erwies sich hier als reizbar, zerstreut, vergesslich.

Seit 7—8 Jahren verschlechterte sich ihr Zustand allmählich;

sie wurde stumpf, unthätig, sprach wenig, äusserte die alten Verfolgungsideen und suchte sich vor $4^1/_2$ Jahren plötzlich mit Streichholzköpfchen zu vergiften, später auch noch die Pulsadern zu öffnen. Damals schon fiel ihrem Manne die gezierte Sprechweise auf, die ihr früher nicht eigen war. Als sie nun wiederum in die Klinik gebracht wurde, versank sie rasch in tiefen Stupor. Obgleich sie über Zeit und Umgebung klar war, sich völlig sauber hielt und selbständig ass, sass sie fast ein Jahr lang stumm, stark vornübergebeugt und mit fest zugekniffenen Augen im Bette, jedem Eingriffe den starrsten Widerstand entgegensetzend. Legte man sie mit vieler Mühe zurück, so federte sie sofort in die Höhe; ihr die Augen zu öffnen, erwies sich als gänzlich unmöglich. Auf Nadelstiche, selbst an den empfindlichsten Stellen, reagirte sie höchstens durch leises Blinzeln oder Erröthen. Der Besuch ihrer Angehörigen machte ihr nicht den geringsten Eindruck. Beim Essen tauchte sie mit der Nasenspitze in die Suppe, führte aber den Löffel ganz langsam und regelmässig zum Munde, hielt sofort an, sobald Jemand ins Zimmer trat. Zwischen den fest in einander gefalteten Fingern entstand schliesslich Druckbrand. Das Körpergewicht sank um 16 Kilogramm.

Die Kranke wurde nun in eine andere Anstalt überführt, wo sie fast noch ein weiteres Jahr in dem gleichen Zustande verharrte. Dann erwachte sie ganz plötzlich aus demselben und verlangte sofort, entlassen zu werden, da sie durchaus gesund sei. Auch jetzt betrachtet sie ihr sonderbares Benehmen keineswegs als krankhaft, obgleich sie alle Einzelheiten zugiebt. Gesprochen habe sie nicht, weil sie meinte, durch Schweigen eher heimzukommen; sie beklagt sich bitter, dass man ihr damals ein Eisen, die Stecknadel, in die Stirn gestochen, sie umgeworfen habe.

Nach dem Aufhören des Stupors kehrte die Kranke vor $2^1/_2$ Jahren wieder zu ihrem Manne zurück, war aber sehr gereizt, namentlich zu gewissen Zeiten, lief zu verschiedenen Anwälten, um eine Klage wegen ihrer Einsperrung in die Anstalt anzustrengen, verlangte dafür 30000 Mark Entschädigung. Nach und nach traten dann deutliche Gehörs- und Gefühlstäuschungen hervor. Der Mann und die Leute auf der Strasse schimpften über sie; im Bett, im Stuhl, im Ofen waren Höllenmaschinen, durch die man Strahlen auf sie losliess. Aus ihrem eigenen Leibe, aus der Wasserleitung,

aus dem Bellen der Hunde ertönten gräuliche Stimmen, so dass sie Tag und Nacht keine Ruhe hatte und drohte, sich verhungern zu lassen. Alle diese Dinge stellt die Kranke jetzt kurzweg in Abrede. Sie giebt nur zu, dass sie Stimmen gehört habe; auch werde sie Nachts angehaucht und angeblasen; Majestätsbeleidigungen lasse sie sich nicht gefallen. Von ihren Mitkranken hält sie sich daher auch fast ganz abgesondert, beschäftigt sich jedoch fleissig mit Nähen und schreibt zahlreiche Briefe einförmigen Inhaltes, in denen sie ihren Mann bestürmt, sie wieder nach Hause zu nehmen.

Dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine Katatonie gehandelt hat, wird Ihnen im Hinblicke auf den langdauernden, scharf ausgeprägten negativistischen Stupor einleuchtend sein. Auch die erste Entwicklung der Krankheit, das Auftreten einer Depression mit Verfolgungsideen und Gehörstäuschungen, entspricht durchaus dieser Auffassung. Sehr bemerkenswerth aber ist die Thatsache, dass auf dieses erste Einsetzen der Krankheit, deren Art schon damals durch das vorübergehende Versinken in Stupor deutlich gekennzeichnet wurde, ein mehr als 10jähriger Zeitraum folgte, in dem ausser einer leichten Veränderung im Wesen keine auffallenderen Krankheitszeichen bestanden. Dass dieser Zustand nichts weniger bedeutete, als eine Genesung, wird durch den späteren schweren Rückfall dargethan. Gerade diese Beobachtung wird uns, wie so manche ähnliche, bei der Beurtheilung der Besserungen und Heilungen katatonischer Kranker zu grosser Vorsicht mahnen müssen.

Der zweite Anfall zeigt uns sehr schön das plötzliche Schwinden des Stupors nach anscheinend schon weit gediehener Verblödung, zugleich aber auch den völligen Mangel an Krankheitseinsicht, die Unfähigkeit der Kranken, über die Beweggründe ihres absonderlichen Benehmens irgend welche Auskunft zu geben oder auch nur die Krankhaftigkeit desselben zu erkennen. Namentlich wird dadurch auch klar, dass der katatonische Stupor nicht etwa, wie noch hie und da angenommen wird, durch Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen zu Stande kommt, sondern auf einer ganz ursprünglichen Willensstörung beruht. Der jetzige Zustand unserer Kranken endlich ist der eines eigenartigen Schwachsinns mit Urtheilsschwäche, gemüthlicher Stumpfheit, Reizbarkeit, Manieren und Andeutungen von Negativismus, während Auffassung und Ge-

dächtniss wenig oder gar nicht geschädigt sind. Zugleich bestehen noch Täuschungen auf dem Gebiete des Gehörs und Gefühls sowie mit ihnen verknüpfte Wahnbildungen, die sich nur gradweise von jenen unterscheiden, wie wir sie früher bei den paranoiden Formen der Dementia praecox kennen gelernt haben. Dieser Zustand ist im wesentlichen als ein endgültiger anzusehen; Verschlechterungen, Stupor oder Erregung, weitere Verblödung, sind wohl noch möglich, doch dürfte auf eine wesentliche Besserung nicht mehr zu rechnen sein*).

Ein wesentlich anderes Bild bietet die 36jährige Frau dar, die Sie nunmehr mit etwas verschämtem Lächeln eintreten sehen. Sie setzt sich, ohne sich umzublicken, giebt erst auf eindringliches Befragen einzelne, einsilbige Antworten, starrt meist mit gedankenlosem Ausdrucke vor sich hin. Auf die Frage, wo sie sei, meint sie: „im Zimmer", giebt aber zu, schon vor 4 Jahren hier gewesen zu sein, bezeichnet mich als „Herrn aus Frankfurt", hat auch einen der anderen Aerzte schon gesehen; er sei immer durch das Zimmer durchgelaufen. Namen kennt sie nicht; krank ist sie nicht, giebt über ihren Zustand wie über ihre häuslichen Verhältnisse keine andere Auskunft, als dass sie Kinder habe, die zu Hause seien. Aufforderungen befolgt sie nicht, widerstrebt bei dem Versuche, ihre Hand zu ergreifen. Bei der Besprechung ihres Benehmens fängt sie plötzlich an, ganz verworren zu reden: „Was brauch' ich denn für die alten Narren daherzuliegen! So kann ich sie nicht reinigen. Da drüben liegen die Alten — was gehen mich die an! Die sind ja alt genug — die können ja hinliegen. Ein Theil Menschen sagen hinlegen, niederlegen oder Leichen". Lachend fährt sie fort: „Kinder legen Leichen, haben die gesagt, aber ein Kind legt nicht Eier. Die Leute sind mir hier viel zu hoffärtig".

Eine Erklärung für diese Reden zu erhalten, erweist sich als unmöglich. Die Kranke sieht auf Anreden gar nicht her, blickt vielmehr bei Seite, schweigt still und beginnt nach einiger Zeit, ähnliche unverständliche Sätze vor sich hin zu murmeln, wobei sie nach und nach in eine gewisse Erregung geräth. Körperlich ist die Kranke sehr blass, schlecht genährt; sie hat seit der letzten,

*) Die Kranke befindet sich seit einem halben Jahre in einer Pflegeanstalt, wo sie allmählich wieder in Stupor versinkt.

vor $1^1/_2$ Jahren erfolgten Entbindung ihr Kind gestillt. Im Harn hat sich vorübergehend Zucker nachweisen lassen.

Bei einer klinischen Deutung dieses Zustandes haben wir vor allem die eigenthümlich beziehungslosen Reden der Kranken zu berücksichtigen, die offenbar als Sprachverwirrtheit aufzufassen sind, da sie durchaus keine Beziehung zu den an sie gerichteten Fragen oder zu sonstigen Vorgängen in der Umgebung erkennen lassen. Dabei ist die Kranke, wie einzelne Antworten darthun, sicher im Stande, den Sinn einfacher Reden aufzufassen. Ich will ausserdem bemerken, dass sie sich zeitweise ganz geordnet an den Arbeiten auf der Abtheilung betheiligt, allerdings auch dabei immer ganz verworrene Reden führt. Sodann sind die Andeutungen von Negativismus zu berücksichtigen, das Verweigern der Hand, das Wegsehen beim Reden, das Schweigen bei Fragen, die sie sicher zu verstehen im Stande ist, endlich die vollkommene Gleichgültigkeit und Theilnahmlosigkeit in ihrem ganzen Benehmen. Die Kranke ist blödsinnig, und sie bietet zugleich eine Reihe von Krankheitszeichen dar, die uns aus der Besprechung der Katatonie wohlbekannt sind. Wir werden daher kaum fehlgehen, wenn wir ihren Zustand als den Ausgang einer ungeheilten Katatonie auffassen.

Aus der Vorgeschichte ist zu bemerken, dass eine Stiefschwester der Mutter geistesschwach war. Die Kranke selbst hatte vor 4 Jahren im Anschlusse an ein Wochenbett leichte Krämpfe mit Herzklopfen, ohne Bewusstseinsverlust. Vor 3 Jahren, als ein Kind an Influenza krank lag und ein Umzug in eine andere Stadt bevorstand, wurde die Kranke ängstlich, machte sich Sorgen wegen der Zukunft, meinte, sie habe ihren Mann unglücklich gemacht, wurde nachlässig im Haushalte und musste in die Klinik verbracht werden. Hier war sie weinerlich, fast stumm, abweisend, wusste nicht, wo sie sich befand, klagte über Schwere im Kopfe, lief viel ausser Bett herum, beging allerlei läppische, unbegreifliche Handlungen, warf Teller zum Fenster hinaus, stiess die volle Gemüseschüssel um, wurde gelegentlich ohne erkennbaren Anlass sinnlos gewaltthätig. Ihre Stimmung war meist gleichmüthig, bisweilen heiter oder gereizt; sie lachte viel vor sich hin, schrie plötzlich laut: „Hurrah".

Ihre Reden waren schon damals vielfach so beziehungslos und unverständlich wie heute. So reichte sie dem Arzte ein

Stück Brod und fügte hinzu: „Hier haben Sie die Ochsen. Ich bin ein Ochse, bin ein Ochse; nehmen Sie; ich bin ein Ochse“. Noch deutlicher, als in ihrer Aeusserung vorhin, tritt dabei die Neigung zum sinnlosen Wiederholen einzelner Wendungen hervor, die wir in der Katatonie so häufig beobachten. Ein anderes Mal äusserte sie: „Ich habe nicht geblunken und nicht gewunschen und habe nicht gestohlen. Ich stehe an der Kost — so habe ich sie zu Hause nicht gehabt. Backofen sind keine Menschen“. Neben der Geschraubtheit der Ausdrucksweise ist die unsinnige Wortneubildung bemerkenswerth, die ebenfalls eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung der Sprachverwirrtheit darstellt.

Bei Besuchen ihres Mannes war die Kranke theilnahmlos oder gereizt, verschlang gierig und in unappetitlichster Weise die mitgebrachten Esswaaren. Anscheinend bestanden wenigstens vorübergehend auch Sinnestäuschungen, obgleich von der Kranken nichts Näheres darüber zu erfahren war, doch sprach sie vom Todtengeruch des Essens, sah ihren Bruder draussen gehen, meinte, man sage, dass sie alle Seelen erlösen solle. Auffallend war endlich eine starke Verlangsamung des Pulses.

Nach halbjährigem Anstaltsaufenthalte wurde die Kranke gegen ärztlichen Rath nach Hause genommen. Auch dort war sie öfters gewaltthätig, äusserte Verfolgungsideen, die Kinder würden geköpft. Wenn sie auch sehr vergesslich war, beschäftigte sie sich doch im Haushalte ganz gut und gebar noch ein Kind. In der letzten Zeit wurde sie aber dadurch, dass sie in eine Schule einzudringen und auf dem Kirchhofe ein Grab zu öffnen suchte, so störend, dass sie vor 4 Monaten wieder in die Klinik verbracht werden musste. Hier bot sie von Anfang an das Bild dar, das Sie heute gesehen haben. Oefters äusserte sie ganz verworrene Verfolgungsideen, namentlich geschlechtlichen Inhalts*).

Schon während des ersten Aufenthaltes bei uns war einmal ein Ohnmachtsanfall aufgetreten; auch zu Hause sollen ähnliche Anfälle mit Krämpfen sich mehrfach wiederholt haben. Einige Anfälle sind noch in letzter Zeit hier beobachtet worden. Die Kranke sank zu Boden, wälzte sich mit geschlossenen Augen herum, ohne auf Kneifen oder Stechen zu reagiren, murmelte: „Mir ist schlecht,

*) Die Kranke befindet sich seit $5^1/_2$ Jahren in einer Pflegeanstalt, ist blöde, sprachverwirrt, negativistisch, manierirt, zeitweise erregt.

mein Kopf!“ In den Armen und Beinen wie in der Rumpfmuskulatur traten kurze, zitternde und zuckende Stösse auf; die Kinnbacken waren fest zusammengepresst. Die Athmung geschah oberflächlich, mit langen Pausen; der Puls war beschleunigt. Die Pupillen reagirten auf Lichteinfall. Nach 15—20 Minuten trat Ruhe ein. Diese Anfälle glichen ziemlich genau denen, die wir bei der Hysterie beobachten. Es ist natürlich möglich, dass sie als hysterische zu deuten sind; immerhin erscheint es auffallend, dass der erste derselben im Wochenbette auftrat, in dem wir ja eine wichtige Ursache der Katatonie kennen gelernt haben. Ich möchte deswegen darauf hinweisen, dass wir derartige und ebenso andere, mehr an einfache Ohnmachten oder auch an Epilepsie erinnernde Anfälle ziemlich häufig in der Katatonie beobachten. Mir sind eine ganze Reihe von Fällen bekannt, in denen Anfälle von ausgesprochen hysterischer Färbung die Einleitung katatonischer Erkrankungen mit tiefer Verblödung bildeten. Eine sichere Erklärung dieser klinischen Beziehungen sind wir freilich zur Zeit noch nicht im Stande, zu geben.

Einen fast noch blödsinnigeren Eindruck, als die soeben besprochene Kranke, macht der kräftig gebaute, 21jährige Cigarrenarbeiter, der jetzt in nachlässiger Haltung, stumpf vor sich hinstarrend, vor Ihnen sitzt. Er nennt auf eindringliches Befragen seinen Namen, weiss, wo er ist, kennt das Datum und erinnert sich, dass er vor 4—5 Jahren schon einmal hier war, vermag aber nicht unsere Namen anzugeben, fühlt sich nicht krank, meint, zu Hause gefalle es ihm besser. Der Kranke zeigt nicht das geringste Interesse an seiner Umgebung, blickt nicht auf, spricht nicht aus eigenem Antriebe, giebt nur ganz kurze, einsilbige Antworten, bietet ausser gelegentlichem blödem Lächeln keine Zeichen von Stimmungsschwankungen dar. Aufforderungen befolgt er schwerfällig, reicht die Hand in steifer, manierirter Stellung, ist deutlich kataleptisch. Ueber seine Lebensschicksale, seine häuslichen Verhältnisse, seine Zukunftspläne erfährt man von ihm kein Wort. Stellen wir aber diesen anscheinend völlig blödsinnigen Kranken vor die Landkarte, so ist er im Stande, mit ganz überraschender Schnelligkeit jede beliebige grössere Stadt aufzufinden; auch einfachere Rechenaufgaben löst er rasch und richtig.

Wir erkennen daraus, dass die jetzt bestehende geistige Stumpf-

heit und Gedankenarmuth ein erworbener Zustand sein muss, da der Kranke so, wie er jetzt ist, unmöglich sich irgend welche Kenntnisse hätte aneignen können. Berücksichtigen wir ferner den Mangel gemüthlicher Regungen wie die Manierirtheit beim Handgeben, so wird sich uns die bestimmte Annahme aufdrängen, dass unser Kranker einen Endzustand der Dementia praecox darstellt. Bemerkenswerth ist dabei, dass er ein etwas gedunsenes Gesicht zeigt, wie wir es sehr häufig bei jener Krankheit beobachten. Endlich mache ich Sie noch auf die zahlreichen kleinen oberflächlichen Geschwürchen im Gesichte und auf der Kopfhaut aufmerksam, die sich der Kranke durch fortwährendes Zupfen mit den Fingern zugezogen hat; er hat sich auch einige Nägel an den Zehen ausgerissen. Die Neigung zu derartigen, meist sehr hartnäckigen kleinen Selbstbeschädigungen begegnet uns ebenfalls in den Verblödungszuständen der Dementia praecox ziemlich oft.

Aus der Vorgeschichte des Kranken ist zu bemerken, dass zwei Tanten von ihm an Fallsucht gelitten haben; er selbst hatte in der Jugend Krämpfe, machte vor 7 Jahren einige Male Gesichtsrose durch. In der Schule war er einer der besten Schüler, nur immer etwas scheu und zurückgezogen. Vor 6 Jahren erlitt er einen Fall auf den Hinterkopf. Bald nachher wurde er ängstlich, meinte, es beuge sich Nachts Jemand über sein Bett, arbeitete schlechter und brachte verworrene Aeusserungen vor, dass er den Krieg mitgemacht, 6 Teufel todtgeschlagen habe. Er wurde immer stiller, wie geistesabwesend, exercirte bisweilen zum Ergötzen seiner Mitarbeiter herum, war beim Essen auffallend gierig, ein Zeichen, das uns bei der Dementia praecox, namentlich im Wechsel mit Nahrungsverweigerung, ungemein häufig berichtet wird.

Bei der vor 5 Jahren erfolgten Aufnahme in die Klinik machte der Kranke bereits einen ähnlich blöden Eindruck wie jetzt. Er war aber widerstrebend, gab völlig beziehungslose Antworten und führte Reden, in denen sich Sprachverwirrtheit mit Stereotypie bemerkbar machte. So wiederholte er einige Dutzend Male: „Der ist der Herrscher; der ist ein Herrscher“ und fuhr dann fort: „Ueberflüssig todt machen — Französisch. Das gehört ausgeschellt; ich nehme selbst die Schelle“. Auf die Frage: „Wo sind wir hier?“ erwiderte er: „Beim Herrscher“. „Von welchem Lande?“ „Von Hiob“ u. s. f. Gemüthlich war er völlig stumpf, kümmerte sich nicht

um seine Umgebung, sass oder lag in den Ecken herum, ohne sich zu beschäftigen. Nach einigen Monaten wurde er etwas regsamer und entwickelte nun eine Menge von Kenntnissen, die man ihm niemals zugetraut hätte. Sein Benehmen blieb aber läppisch, seine Antworten vielfach durchaus unsinnig. Zeitweise gerieth er in Erregung, spuckte plötzlich dem Arzte ins Gesicht, zerschlug eine Scheibe, beruhigte sich meist sehr rasch, ohne über den Grund seiner Handlungen Auskunft geben zu können. Anscheinend hörte er zu solchen Zeiten auch Stimmen. Häufig zeigte er Echolalie; einmal machte er den Versuch, sich zu erdrosseln.

Nach $^3/_4$jährigem Aufenthalte in der Klinik kehrte der Kranke nach Hause zurück, fing dort auch wieder an, zu arbeiten, war dabei sehr langsam. Er sprach wenig, war öfters reizbar. Vor fast einem Jahre wurde er stärker erregt, ging viel ins Wirthshaus, warf Gegenstände aus dem Fenster, schrie laut, er sei verhext, schien allerlei Gesichts- und Gehörstäuschungen zu haben, ass und schlief fast gar nicht mehr und musste deshalb wieder zu uns gebracht werden. Hier war er besonnen, aber blöde und stumpf, erinnerte sich an seinen früheren Aufenthalt, ohne Einzelheiten angeben zu können, erzählte verworren, dass man ihn verfolgt und verhext habe. Während er zumeist ganz theilnahmlos im Bette lag und sich unter der Decke versteckte, gerieth er von Zeit zu Zeit in sehr heftige Erregung, zerstörte, rief zum Fenster hinaus, redete zusammenhangslos, wurde unrein, nahm sonderbare Stellungen ein, kletterte auf der Bettkante herum, warf die Bettstücke heraus, um den Drahtrost in die Höhe zu stellen, drohte mit Gewaltthätigkeiten und beklagte sich, dass man ihm den Leib aufschneiden, die Kehle herausreissen wolle, anscheinend auf Grund von Stimmen. Nach wenigen Tagen beruhigte er sich wieder und versank in dasselbe blöde Nichtsthun wie vorher. Auf körperlichem Gebiete war ausser starker Dermatographie, mechanischer Erregbarkeit des Facialis und der Gedunsenheit des Gesichtes keine Störung nachzuweisen; nur zeigte das Gewicht im Zusammenhange mit den Erregungen ziemlich regelmässige Schwankungen*).

Das hier gezeichnete Bild kann Ihnen als Beispiel für zahl-

*) Der Kranke kam vor einem Jahre in eine Pflegeanstalt, konnte von da gebessert entlassen werden.

lose ähnliche Fälle gelten, die allmähliche Verblödung nach ängstlicher Verstimmung im Beginne, unter Entwicklung einzelner katatonischer Zeichen, hier der Sprachverwirrtheit, der Stereotypie, der Befehlsautomatie, der triebartigen Handlungen und Manieren, endlich der dauernde Wechsel zwischen stumpfem Hindämmern und läppischer Erregung mit einzelnen Sinnestäuschungen; dabei der Nachweis überraschender Kenntnisse aus früheren Tagen. Namentlich die periodischen Erregungen sind eine fast ausnahmslose Begleiterscheinung der Endzustände der Dementia praecox. Diese letzteren pflegen sich in den grossen Irrenanstalten in gewaltiger Zahl anzusammeln und geben ihnen mit ihren Absonderlichkeiten und plötzlichen Aufregungen einerseits, mit ihrer Besonnenheit und Arbeitsfähigkeit andererseits geradezu ihr eigenartiges Gepräge. So verschieden sich aber auch das äussere Bild der Einzelnen in diesen Massen ausnimmt — die von uns so oft gekennzeichneten Grundstörungen auf dem Gebiete der Gefühle und des Handelns sind ihnen allen gemeinsam.

XXII. Vorlesung.

Verblödung bei Hirnerkrankungen.

M. H.! Wenn wir die Erwartung ausgesprochen haben, dass es gelingen werde, aus dem grossen Gebiete der Paralyse noch einige andersartige Rindenerkrankungen loszulösen, so ist dazu zu bemerken, dass wir natürlich auch jetzt schon diejenigen Hirnkrankheiten ohne Schwierigkeit von der Paralyse abgrenzen, die keine ausgebreiteten, sondern umschriebene Veränderungen in der Rinde erzeugen. So werden Sie die 58jährige Bäuerin, die ich Ihnen jetzt vorführe, gewiss nicht für paralytisch halten. Wie Sie auf den ersten Blick erkennen, ist die Kranke auf der rechten Seite gelähmt. Der rechte Arm liegt in Beugestellung dicht am Leibe an; die Hand hängt herunter, ist blauroth verfärbt, etwas gedunsen und kühl. Bei passiven Bewegungen bemerken Sie

deutlich eine starke Spannung in den leicht gekrümmten Fingern; es gelingt nur mit einem gewissen Kraftaufwande, sie zu strecken; auch das Strecken des Armes stösst auf einen leichten Widerstand. Die Kranke selbst vermag nur ganz geringe Bewegungen der Finger und des Armes auszuführen. Das rechte Bein schleift beim Gehen ein wenig nach. Die Empfindlichkeit für Berührungen und Nadelstiche ist rechts sehr stark herabgesetzt, erscheint aber auch links etwas abgestumpft; wenigstens macht die Kranke keine Abwehrbewegungen. Der Kniesehnenreflex ist links erhalten, rechts gesteigert; hier besteht auch etwas Fussklonus. An Augenbewegungen, Pupillen und Augenhintergrund ist keine Störung nachzuweisen. Der Puls ist ziemlich voll und hart.

Die genauere Untersuchung der Kranken wird sehr bedeutend dadurch erschwert, dass sie völlig aphasisch ist. Die einzigen Worte, die sie vorzubringen vermag und immer wiederholt, sind: „Ich will ins Bett“. Es lässt sich indessen zeigen, dass sie einfache Reden versteht. Der Aufforderung, die Hand zu geben, die Zunge zu zeigen, kommt sie meist nach, wenn auch sehr langsam und schwerfällig. Dabei verräth sich die Neigung, dieselbe Handlung zu wiederholen, auch wenn man späterhin etwas Anderes von ihr verlangt. Erst allmählich findet sie sich in die neue Aufgabe hinein. Verwickeltere Aufforderungen versteht sie anscheinend überhaupt nicht. Sie macht wohl noch den schwachen Versuch, auf Wunsch die gelähmte Hand zu reichen, wird aber ganz rathlos, wenn man verlangt, dass sie mit der linken Hand das rechte Ohr ergreifen solle. Sie streckt dann vielleicht die Zunge heraus, schliesst die Augen oder macht irgend welche sonstige verkehrte Bewegungsanläufe.

Es ist natürlich von vornherein schwer, zu sagen, ob dieses Verhalten durch die Unfähigkeit zur zweckmässigen Ausführung der richtig gewollten Bewegungen, also durch Parapraxie, oder durch unvollkommenes Verständniss der Aufforderungen bedingt ist. Für die erstere Auffassung würde etwa die Beobachtung sprechen, dass die Kranke bei wechselnden Aufforderungen zunächst entschieden die Neigung hat, die frühere Bewegung zu wiederholen, sich dann aber verbessert. Andererseits ist es bei den allerdings sehr spärlichen selbständigen Willenshandlungen der Kranken nicht aufgefallen, dass sie besondere Schwierigkeiten

hätte, ihre Absichten auszuführen, oder dass sie gar Verkehrtes thäte.

Weiterhin aber lässt sich mit voller Sicherheit zeigen, dass in der That das Verständniss für Worte bei ihr gelitten hat. Legt man ihr zwei verschiedene Geldstücke hin mit der Aufforderung, etwa das grössere oder das höherwerthige zu nehmen, so bleibt ihr der Sinn der Aufforderung offenbar ganz unklar. Sie nimmt bald das eine, bald das andere in die Hand, legt es wieder hin und sieht den Arzt fragend an, ohne zu wissen, was man von ihr will. Bietet jedoch der Gegenstand selbst eine gewisse Handhabe dafür, unsere Absicht zu errathen, so wird sie auch ohne langes Zögern von ihr ausgeführt. So macht sie mit einem Schlüssel die Bewegung des Schliessens, öffnet eine Streichholzschachtel und nimmt ein Hölzchen heraus, obgleich es ihr mit ihrer einen Hand ziemliche Mühe macht; ein Messer öffnet sie sogar unter Zuhülfenahme der Zähne. Einen Arzt, den sie zufällig von früher her kannte, begrüsste sie sehr lebhaft, nickte ihm bei jedem Besuche besonders zu und verstand, dass man von ihm sprach, wenn man sie aufforderte, ihn aus der Zahl der begleitenden Herren herauszusuchen. Auch jetzt findet sie auf meine Frage ihren Abtheilungsarzt leicht heraus und nickt ihm wiederholt freundlich zu, indem sie ihren monophasischen Satz eifrig vor sich hinmurmelt.

Aus diesen Erfahrungen dürfen wir schliessen, dass die Kranke im allgemeinen die dargebotenen Eindrücke ziemlich gut auffasst und verwerthet, dass sie aber die an sie gerichteten Worte nur mangelhaft versteht. Es besteht also neben der völligen Unfähigkeit, zu sprechen, auch ein ziemlich hoher Grad von W o r t t a u b h e i t. Die Kranke zeigt keine auffallende Färbung ihrer Gemüthslage; sie ist im allgemeinen gleichmüthig, kümmert sich wenig um ihre Umgebung, schläft viel. Beschäftigt man sich mit ihr, so wird sie freundlich; vernachlässigt man sie, so weint sie, so einmal, als man vergessen hatte, sie mit den anderen Kranken in den Garten zu bringen. Wünsche oder Furcht äussert die Kranke nicht; Erregungen wurden nicht beobachtet. Ihr Benehmen ist ganz geordnet. Sie hält sich sauber, isst selbständig, begrüsst den Arzt, fügt sich willig in die getroffenen Anordnungen.

In den 4 Monaten, seit die Kranke bei uns ist, hat sich ihr Zustand nicht wesentlich geändert; nur war sie im Anfange unrein,

musste gefüttert werden, erschien blöder als jetzt. Schon dieser Umstand würde genügen, den Verdacht einer paralytischen Erkrankung zurückzuweisen, da die dort vorkommenden Heerderscheinungen sich mit ganz seltenen Ausnahmen sehr rasch wieder zurückzubilden pflegen. Wir werden daher sofort zu der Vermuthung gedrängt, dass hier eine mehr *umschriebene Zerstörung der Rinde* in der Gegend der Insel stattgefunden haben muss, die auf die dritte Stirnwindung einerseits, auf den Schläfenlappen andererseits übergegriffen haben dürfte. In der That hat die Kranke zwei Schlaganfälle überstanden, den ersten, der nur leicht war, vor 8 Monaten, den zweiten 3 Wochen später. Nach dem ersten Anfalle konnte sie ihre häuslichen Arbeiten noch verrichten; nach dem zweiten trat die starke Lähmung des rechten Armes und der Verlust der Sprache hervor. Zugleich wurde die Kranke schlaflos, ängstlich, verwirrt und erregt, wollte sich ums Leben bringen und ging sogar einmal in den Fluss, kam aber von selbst wieder heraus. Vorher soll sie immer gesund und lebenslustig gewesen sein, hat in der Jugend ein uneheliches Kind geboren. Ihre Grossmutter war geisteskrank.

Wenn es uns auch beim Mangel genauerer Anhaltspunkte schwer wird, uns ein sicheres Urtheil über die Art des hier vorliegenden Krankheitsvorganges in der Hirnrinde zu bilden, so liegt es doch im Hinblicke auf die wiederholten Anfälle, den plötzlichen Eintritt der Störungen ohne Zeichen einer Drucksteigerung in der Schädelhöhle und ihre lange, unveränderte Dauer am nächsten, an eine *Gefässverstopfung* zu denken. Gefässerkrankungen sind ja in dem Alter, in dem unsere Kranke steht, recht häufig; zudem weist die schwere Veränderung des gesammten Seelenlebens, namentlich die grosse Stumpfheit der Kranken, die sich kaum aus einer umschriebenen Rindenzerstörung allein erklären würde, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine allgemeinere Betheiligung der Hirnrinde an dem Krankheitsvorgange hin. Wir dürfen uns vielleicht vorstellen, dass *arteriosklerotische* Vorgänge an den Hirngefässen einmal allgemeinere Ernährungsstörungen, sodann aber örtliche Verstopfungen herbeigeführt haben.

Als bekanntere Ursachen solcher Erkrankungen kämen alkoholische und syphilitische Schädigungen der Gefässe in Betracht; zumeist freilich pflegen sie sich im Rückbildungs- und Greisenalter ohne

greifbare Ursache einzustellen. Da indessen die Möglichkeit einer Syphilis hier wenigstens nicht auszuschliessen war, so haben wir den Versuch gemacht, der Kranken durch Darreichung von Jodkalium zu helfen, leider ohne Erfolg. Die Kranke hat wohl hie und da noch ein einzelnes Wort über ihren gewöhnlichen Satz hinaus hervorgebracht oder sich ein wenig regsamer gezeigt; im ganzen werden wir uns jedoch darauf gefasst machen müssen, dass eine wesentliche Besserung dieses apoplektischen Blödsinns nicht eintreten, vielmehr das Leiden durch neue Anfälle früher oder später noch weitere Fortschritte machen wird*).

Sehr viel ernster noch ist die Lage eines 39jährigen Landwirthes, der uns heute aus der chirurgischen Klinik zugeführt wurde. Sie sehen sofort, dass seine linke Gesichtshälfte leicht geschwollen und in ihrer ganzen Ausdehnung gelbgrün verfärbt ist; auch die Bindehaut erscheint gelbröthlich unterlaufen. Der Gesichtsausdruck des Kranken ist stumpf und benommen. Aus dem linken Ohre fliesst tropfenweise dicke, eitrige, stark übelriechende Flüssigkeit. Auf Fragen antwortet er nicht, kümmert sich nicht um seine Umgebung, murmelt unverständlich vor sich hin. Hie und da versteht man einige seiner abgerissenen Aeusserungen: „Wir wollen hinausfahren und äusserst schaffen". Sobald man den Versuch macht, sich eingehender mit ihm zu beschäftigen, wird der Kranke gereizt, wehrt kräftig mit den Händen ab, droht mit Thätlichkeiten. Dabei lässt sich feststellen, dass er die Personen verkennt, uns für den Amtmann, den Lehrer hält, auch keine Vorstellung davon hat, wo er sich befindet und was man von ihm will. Nach einiger Zeit steht er auf und sucht zur Thüre hinauszukommen, kann nur mit Mühe zurückgehalten werden. Irgend eine eingehende körperliche Untersuchung ist bei seiner Verständnisslosigkeit und seinem misstrauischen, starken Widerstreben unmöglich. Wir erkennen jedoch, dass die Pupillen sich bei wechselnder Belichtung verändern und dass die Augenbewegungen anscheinend frei sind. Lähmungserscheinungen sind bei ihm nicht nachzuweisen.

Die Erklärung für diesen Zustand giebt uns die Thatsache,

---

*) In den wenigen Monaten, die seit der Besprechung des Falles verflossen sind, hat sich der Zustand der Kranken nicht verändert.

dass der Kranke vor 6 Wochen vom Gebälke seiner Scheuer auf die Tenne herabgefallen ist. Er blieb damals in tiefer Bewusstlosigkeit liegen. Der herbeigerufene Arzt fand ihn stark aus Nase, Mund und linkem Ohre blutend; aus dem Ohre sollen zugleich erbsengrosse Stückchen Gehirnmasse in grösserer Menge abgegangen sein. Der Puls war verlangsamt, die Athmung schnarchend, aussetzend; von Zeit zu Zeit trat Erbrechen auf. Im Laufe des Tages stellten sich drei heftige, allgemeine epileptiforme Krampfanfälle ein. Die linke Kopfseite war stark mit Blut unterlaufen; das linke Schlüsselbein war gebrochen; ausserdem fanden sich Hautabschürfungen am Kreuzbein und eine Quetschung der linken Hüftgelenksgegend. Am nächsten Tage hörte das Erbrechen auf; auch die Krampfanfälle kehrten nicht wieder. Der Puls betrug 50 bis 60 Schläge, war unregelmässig; die Athmung zeigte den Cheyne-Stokes'schen Rhythmus. Aus dem linken Ohre floss noch Blut.

Erst am 4. Tage kam der Kranke unter Besserung des Pulses wieder zu sich, blieb aber noch schwer benommen, erkannte seine Umgebung nicht, vermochte nicht in zusammenhängenden Sätzen zu sprechen, sondern brachte nur einzelne, abgerissene Wörter vor. Nach etwa 14 Tagen sprach er etwas geordneter, erkannte hie und da Personen richtig, hatte aber gar kein Verständniss für seine Lage, hielt sich für ganz gesund, hatte den lebhaften Drang, herumzulaufen, andere Leute zu besuchen, zur Arbeit aufs Feld zu gehen. Vielfach beging er verkehrte Handlungen, legte sich in fremden Wohnungen zu Bett, wurde gereizt, wenn man ihn hindern wollte. Auch der Behandlung seines Ohres, aus dem sich übelriechender Eiter entleerte, setzte er lebhaften Widerstand entgegen, so dass man ihn deshalb endlich in die chirurgische Klinik verbrachte. Die Körperwärme war nie erhöht. In der Klinik erwies es sich ebenfalls als unmöglich, den Kranken genauer zu untersuchen und zweckmässig zu behandeln. Er sträubte sich bei allen Eingriffen auf das heftigste, verweigerte die Nahrung, schlief Nachts nicht, sondern wandelte ruhelos umher, suchte durch Thüren und Fenster zu entschlüpfen, redete verworren vor sich hin und wusste nicht, wo er sich befand. Als er sehr störend für die anderen Kranken wurde, versetzte man ihn in unsere Klinik.

Der psychische Zustand unseres Kranken muss als eine schwere Bewusstseinstrübung mit starker Störung der Auf-

fassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke wie des Denkens bezeichnet werden. Ob ausserdem noch Worttaubheit besteht, lässt sich bei der Unzugänglichkeit und Stumpfheit des Kranken nicht mit Sicherheit feststellen. Ursache dieses Zustandes ist natürlich die Kopfverletzung, die offenbar einen Schädelbruch erzeugt hat. Bei der Schwere und langen Dauer der Störungen werden wir dieselben nicht auf eine einfache Hirnerschütterung, sondern auf eine Drucksteigerung in der Schädelhöhle zurückführen müssen. Bedingt ist dieselbe wohl am wahrscheinlichsten durch eine Blutung, wenn sich auch die Absprengung von Knochentheilen trotz Fehlens äusserer Eindruckstellen nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt. Immerhin würde diese letztere wohl nur dann so schwere Benommenheit erzeugen, wenn sie zu entzündlichen Vorgängen geführt hätte. Zu einer solchen Annahme ist jedoch beim Mangel von Fiebererscheinungen jetzt kein genügender Grund.

Sehr auffallend ist das Fehlen von Heerdsymptomen. Es wäre zwar möglich, dass feinere derartige Störungen bestehen, die sich bei dem Zustande des Kranken unserer Feststellung entziehen; gröbere Lähmungen aber sind jedenfalls nicht vorhanden. Auch dieser Umstand würde vielleicht für die Auffassung sprechen, dass wir es mehr mit allgemeinen Druckerscheinungen, als mit einer umschriebenen Verletzung oder Zerstörung der Hirnrinde zu thun haben. Freilich liegt die Schädelbruchstelle, auf die uns die Ohrenblutung hinweist, hinter denjenigen Rindengegenden, deren Zerstörung Lähmungen herbeiführen würde. Ob endlich die Beobachtung des Abganges von Hirnmasse durch das Ohr ganz zuverlässig ist, möchte ich noch dahingestellt sein lassen. Im ganzen spricht der bisherige Verlauf wie der gegenwärtige Zustand am meisten für das dauernde Bestehen eines erheblichen Hirndruckes in Folge einer Blutung in die Schädelhöhle. Da Fieber fehlt, erscheint es zweifelhaft, ob der eitrige Ausfluss aus dem Ohre auch aus der Schädelhöhle oder nur aus dem inneren Ohre stammt.

Ein operatives Eingreifen ist von chirurgischer Seite zur Zeit nicht für zweckmässig erachtet worden; vielmehr soll versucht werden, durch Ausspülungen nach Möglichkeit die Ohreneiterung zu bessern. Sind die psychischen Störungen wirklich nur durch eine Blutung bedingt, so steht zu hoffen, dass sie sich mit der Aufsaugung derselben allmählich bessern werden. Andererseits bedeutet

die Ohreneiterung für den Kranken immerhin eine erhebliche Gefahr*).

In welcher Weise sich die weiteren Schicksale solcher Kranken gestalten können, die eine schwere Kopfverletzung erlitten haben, mag Ihnen der Fall eines 18jährigen Tagelöhners zeigen, dessen Zustand wir hinsichtlich seiner Erwerbsfähigkeit zu begutachten haben. Der Kranke, der aus gesunder Familie stammt und bei mittlerer Begabung in der Schule fleissig und gesittet war, wollte vor $1^1/_2$ Jahren auf dem 4. Stockwerke eines Neubaues von einer Leiter herabsteigen. Als dieselbe auf der schlüpfrigen Unterlage ins Rutschen gerieth, sprang er ab, verfehlte aber dabei die Gerüstbretter und fiel durch eine Lücke bis in den ersten Stock hinunter, wo er mit der rechten Stirnseite aufschlug. Er wurde anscheinend sterbend nach Hause gebracht. Die rechte Gesichtshälfte war sehr stark geschwollen; aus Mund und Nase floss Blut. Der Kranke war vollkommen bewusstlos und kam erst nach einigen Tagen wieder zu sich. Nach Abschwellung des Gesichtes stellte sich heraus, dass das Sehvermögen auf dem rechten Auge vollkommen erloschen war. Ausserdem klagte der Kranke über Kopfschmerz und andauernden Husten; er soll auch etwas Blut ausgeworfen haben. Ganz allmählich besserte sich der Zustand, doch bemerkte der Vater des Kranken schon in den ersten Monaten, dass er in seinem ganzen Wesen verändert war. Der früher gutmüthige und lenksame Junge war jähzornig und sehr erregbar, zeigte einen müden Gesichtsausdruck und war zu keiner Arbeit mehr recht zu brauchen. Schlaf und Appetit waren gut, doch fanden sich im Harn regelmässig kleine Mengen Zucker. Der Kranke selbst klagte viel über Schwindelgefühl. Die Untersuchung der Augen ergab Atrophie des Sehnerven und chorioiditische Veränderungen rechts, zugleich fast vollständige Blindheit. Als Ursache dieser Störung wurde ein Bruch des Augenhöhlendaches mit Betheiligung des Sehnervencanals betrachtet.

Im weiteren Verlaufe traten nun nach den Angaben des Vaters mehr und mehr auch gewisse Veränderungen auf psychischem

*) Der Kranke ist 4 Tage später unter Auftreten hohen Fiebers gestorben. Bei der Leichenöffnung zeigte sich ein doppelseitiger Bruch der mittleren Schädelgrube und des Felsenbeines, ein starkes Hämatom der Dura und eine eitrige Meningitis, von einer linksseitigen Mittelohreiterung ausgehend.

Gebiete hervor. Der Kranke wurde vergesslich, konnte nichts behalten und benahm sich wie ein kleines Kind, arbeitete nicht, lief zwecklos herum, musste gesucht werden, weil er nicht zur rechten Zeit nach Hause kam. Er spielte mit Kindern, konnte stundenlang einigen Kanarienvögeln zusehen, zeigte nicht die Neigungen, die seinem Alter entsprachen. „Der Verstand wächst nicht mit", sagte der Vater in sehr bezeichnender Weise. Bisweilen soll er Tage gehabt haben, an denen er sehr verdriesslich und reizbar war, „Faxen und unnöthiges Zeug" machte, ältere Leute mit Du anredete und sich ungebührlich benahm.

Betrachten wir uns nun den schmächtig gebauten und mässig genährten jungen Mann, so lässt sich zunächst keine äussere Spur des erlittenen Unfalles mehr feststellen. Dagegen ist das rechte Auge blind; auch scheint eine leichte Abducensparese zu bestehen. Die rechte Gesichtshälfte erscheint ein wenig schlaffer, als die linke. Die Sehnenreflexe sind an Armen und Beinen auffallend lebhaft; der Händedruck ist links stärker, als rechts. Sonst zeigen weder Bewegungen noch Empfindlichkeit irgend welche Störungen. Im Harn lässt sich 1 % Zucker nachweisen, den wir bei geeigneter Ernährung auf die Hälfte haben sinken sehen.

Der Kranke ist besonnen, klar über Zeit, Aufenthaltsort und seine Lage; er giebt geordnete Auskunft auf die an ihn gerichteten Fragen. Seit dem Falle leide er an Kopfschmerzen und sei vergesslich geworden. Von Zeit zu Zeit werde es ihm schwindlig; es gehe alles im Kreise mit ihm herum, ohne dass er jedoch hinfalle. Das Arbeiten sei ihm schwer geworden. Seine Kenntnisse im Rechnen sind recht gute; dagegen kennt er weder die Hauptstadt von Baden noch den Namen des Grossherzogs oder des Kaisers. Auch die Hauptstädte Frankreichs und Oesterreichs sind ihm unbekannt; von Ortschaften und Flüssen in Deutschland weiss er nur einige wenige anzugeben. Ueber den Krieg von 1870 hat er höchst unklare Vorstellungen. Die 10 Gebote vermag er herzusagen, weiss aber nicht, warum das Osterfest gefeiert wird.

Es kann zweifelhaft erscheinen, ob diese Mangelhaftigkeit seines Wissens ohne weiteres als krankhaft angesehen werden darf. Der Kranke war zwar nicht gerade ein schlechter Schüler, aber in einer uns übersandten Auslassung seines früheren Lehrers wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass junge Leute, die in der

Schule kein reiferes Verständniss für die Lehrgegenstände erreicht haben, oft überraschend schnell alles wieder vergessen, was nicht durch das Leben tagtäglich aufgefrischt wird. Immerhin werden wir wohl berechtigt sein, wenigstens die Unfähigkeit, den Namen des Fürsten und der Landeshauptstadt zu nennen, bei einem Menschen, der vor 4 Jahren aus der Schule, vor 2 Jahren aus der Sonntagsschule als leidlicher Schüler entlassen wurde, auf einen krankhaften Verlust früherer Kenntnisse zu beziehen.

In seinem Benehmen bietet der Kranke auf den ersten Blick nichts Besonderes dar. Bei längerer Beobachtung hat sich indessen herausgestellt, dass er sehr wenig Neigung hat, sich zu beschäftigen, vielmehr gern herumlungert. Namentlich aber zeigte er bald ein unbotmässiges, anmassendes Wesen, vertrug keinen Widerspruch, wurde grob und ausfallend gegen seine viel älteren Mitkranken, nannte Alle ohne weiteres „Du", schimpfte in wüsten Ausdrücken, sobald ihm etwas nicht recht war, suchte sich nach solchen Ausbrüchen selbst als den Gekränkten hinzustellen.

Diese Erfahrungen stimmen vollständig mit den vom Vater gemachten Schilderungen überein. Berücksichtigen wir die Zeugnisse der früheren Lehrer, in denen ausdrücklich das sehr lobenswerthe Betragen des Jungen betont wird, so gewinnt die Angabe des Vaters, dass sich bei dem Kranken seit dem Sturze eine Veränderung seines Wesens herausgestellt habe, an Wahrscheinlichkeit. Dazu kommt, dass einerseits die Spuren eines Schädelbruches in der Sehnervenatrophie und dem Zuckergehalte des Harnes noch jetzt bestehen, und dass andererseits derartige Veränderungen des Charakters nach schweren Kopfverletzungen schon oft beobachtet worden sind. Auch Zola hat sich bei seiner bekannten Schilderung im „Assommoir" offenbar auf eine derartige Beobachtung gestützt. Wir dürfen daher wohl annehmen, dass die Vergesslichkeit des Kranken, seine Vorstellungsarmuth, der Mangel an geistiger Regsamkeit, endlich seine Reizbarkeit und der Verlust der feineren Gefühle nicht nur krankhaft, sondern geradezu die Folgen der erlittenen Verletzung sind. Dafür würden auch wohl die leichten Schwindelanfälle sprechen, von denen wir allerdings nur aus den Angaben des Kranken selbst wissen. Andeutungen epileptischer Störungen sind nach solchen Verletzungen nicht selten. Vielleicht wären dahin auch die von dem Vater des

Kranken erwähnten Verstimmungen zu rechnen, die uns an die ähnlichen Störungen der Epileptiker erinnern, doch sind die Angaben darüber zu unbestimmt; zudem konnten wir in der allerdings nur kurzen Zeit der klinischen Beobachtung keine Periodicität der Reizbarkeitsausbrüche nachweisen.

Auch in diesem Falle hat wahrscheinlich sofort eine Blutung in die Schädelhöhle stattgefunden, durch deren Druck vermuthlich die lange Dauer der anfänglichen Bewusstlosigkeit bedingt wurde. Es muss indessen zweifelhaft erscheinen, ob die jetzt noch vorhandene psychische Veränderung als Nachwirkung der damaligen Drucksteigerung angesehen werden darf, etwa als Folge der durch sie erzeugten Ernährungsstörungen. Vielmehr scheinen derartige geistige und gemüthliche Schwächezustände nach Kopfverletzungen auch dann vorzukommen, wenn eine gröbere Zerreissung und Blutung in das Hirngewebe gar nicht stattgefunden hat. Manche Erfahrungen sprechen dafür, dass schon eine sehr heftige Erschütterung des Hirns zu feineren Zerstörungen führen kann, die eben dann das hier beschriebene eigenartige Bild erzeugen, oft noch bereichert durch deutlich epileptische Züge und namentlich verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol. Nicht selten treten alle diese Störungen erst ganz allmählich und selbst längere Zeit nach der Verletzung stärker hervor. Die Aussichten für die Zukunft sind in der Regel ungünstige; auch in denjenigen Fällen, in denen verwachsene Narben und Knocheneindrücke uns einen Fingerzeig für operatives Eingreifen bieten, pflegt der Erfolg auszubleiben oder doch nur sehr vorübergehend zu sein.

XXIII. Vorlesung.

Altersblödsinn.

M. H.! Gleich zu Beginn unserer Betrachtungen haben wir in der Melancholie eine Krankheit kennen gelernt, deren Entstehung, wie es scheint, an das Alter der sinkenden Lebenskraft

gebunden ist. Ausserdem aber pflegen in den Rückbildungsjahren, die eine Zeit geringerer Widerstandsfähigkeit bedeuten, häufiger auch eine Reihe von anderen Geistesstörungen aufzutreten, so namentlich die verschiedenen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins, ferner die Paralyse, besonders bei Frauen. Seltener sind die Epilepsie sowie diejenigen Formen des Irreseins, die überhaupt keine nähere Beziehung zu bestimmten Lebensaltern aufweisen, wie die Vergiftungen. Endlich aber giebt es eine grössere Gruppe von Geistesstörungen, die in noch höherem Grade, als die Melancholie, den Stempel des geistigen Niederganges tragen, wie er das Greisenalter kennzeichnet. Eine dieser Formen haben wir in dem senilen Verfolgungswahne bereits näher besprochen.

Ein anderes, hierher gehöriges Bild zeigt Ihnen ein 59jähriger Schuhmacher, den Sie nach seinem Aussehen gewiss für 10 Jahre älter halten würden. Der Ernährungszustand des schwächlich gebauten Mannes ist ein recht mässiger; seine Haut ist welk, faltig, von fahler Färbung. Die Zähne sind äusserst mangelhaft, die Kiefer stark geschwunden; die Zunge ist schmierig belegt. Der Puls ist gespannt, aber schwach; die Herztöne sind leise und rein; es besteht ein geringer Grad von Emphysem. Der Leib ist auffallend fest, etwas aufgetrieben, jedoch nirgends druckempfindlich. Von Seiten des Nervensystems ist keine Störung nachzuweisen.

Der Kranke ist besonnen, klar über Zeit und Aufenthaltsort, fasst aber schwerfällig auf und giebt langsame Antworten, lässt sich die Fragen oft mehrmals wiederholen. Die Personen seiner Umgebung kennt er nur unsicher, weiss, dass er sie schon gesehen hat, dass es Aerzte sind, erinnert sich aber nicht ihrer Namen oder irgend welcher sonstiger Einzelheiten. Auch über sein Alter macht er unsichere Angaben, obgleich er Rechnungen zwar langsam, doch meist richtig ausführt und seinen Geburtstag anzugeben vermag. Seine Schulkenntnisse entsprechen durchaus seinem Bildungsgrade. Ueber seine Krankheit erzählt er, dass ihn eine Angst überfallen habe, seitdem sein Bruder, bei dem er wohnte, vor $^1/_2$ Jahre vom Gebälk der Scheuer fiel und das Genick brach. Seitdem sei er schlaflos und unruhig geworden, habe sich viele Gedanken gemacht, wie er nun die 10 Kinder des Bruders aufziehen und ernähren solle. Er habe nicht mehr so arbeiten können

wie früher, habe nicht leben und nicht sterben können. Jetzt habe er in den Händen solche Hitze, die ihm oft auch in den Kopf steige. Der Magen arbeite nicht mehr; er könne nur Flüssiges essen, fühle einen Krampf aufsteigen, der ihn fast erwürge, habe viele Tage lang keinen Stuhlgang. Auch über alte Geschichten, kleine Uebervortheilungen, die er sich vor Jahren habe zu Schulden kommen lassen, mache er sich Vorwürfe. Nach Tisch und Nachts komme die Angst über ihn, dass er schreien müsse und sich nicht mehr zu helfen wisse. Man möge ihn doch von seinem Magenleiden befreien, ihm Abführmittel geben. Das Essen gelange gar nicht mehr in den Magen, sondern fliesse daneben herunter, in den Hodensack, da der Magen zugewachsen sei. Ein Stein sei drin, ein haariges Thier. Der Leib sei steinhart, müsse bald platzen, wenn man ihn nicht aufschneide. Schlucken und essen könne er gar nicht mehr, wolle lieber sterben. Alles komme oben wieder heraus, weil er schon ganz voll sei. Auch Luft zum Schnaufen bekomme er nicht mehr, könne keinen Urin mehr lassen, da das Wasser nicht in die Blase gehe. Man möge doch Gnade und Barmherzigkeit üben, ihn laufen lassen, aufs freie Feld hinaus; sein Elend sei so gross wie das Meer.

Bei diesen Ausführungen geräth der Kranke in lebhafte Erregung, jammert laut und stösst eigenthümlich bellende Schreie aus. Er beruhigt sich jedoch auffallend rasch wieder, um auf Befragen über seine früheren Lebensschicksale mit halb lächelnder Miene und ohne Zeichen gemüthlicher Ergriffenheit ganz geordnete Auskunft zu geben. In seinem Benehmen bietet er sonst, ausser den Zeichen grosser körperlicher Hinfälligkeit, nichts Auffallendes dar.

Wir haben hier einen D e p r e s s i o n s z u s t a n d vor uns, der uns zunächst sehr an die melancholischen Erkrankungen erinnert, die wir früher gesehen haben. Abweichend ist jedoch einmal das starke Hervortreten der hypochondrischen Vorstellungen gegenüber dem Versündigungswahne, der kaum angedeutet ist, sodann der unsinnige Inhalt der vorgebrachten Ideen, endlich die Oberflächlichkeit der Verstimmung, die sich in dem unvermittelten Wechsel zwischen lebhaften Verzweiflungsausbrüchen und völliger Ruhe, ja fast heiterer Stimmung kundgiebt.

Dazu tritt nun aber noch eine weitere Störung, die bei der ge-

wöhnlichen Unterhaltung mit dem Kranken kaum bemerkbar wird, sich aber bei genauerer Prüfung überraschend stark geltend macht, nämlich eine schwere Beeinträchtigung der Merkfähigkeit. Während der Kranke über früher erworbene Vorstellungen noch mit ziemlicher Sicherheit verfügt, lässt sich zeigen, dass er jetzt unfähig ist, neue Eindrücke irgend längere Zeit festzuhalten. Zeigt man ihm Gegenstände oder Bilder mit der Aufforderung, sie sich zu merken so ist er schon nach $^1/_2$—1 Minute nicht im Stande, auch nur in der Hälfte der Fälle wiederzugeben, was er gesehen hat. Um die Schwere dieser Störung richtig zu bemessen, sei bemerkt, dass einige schon ziemlich verblödete Paralytiker noch nach Stunden anzugeben wussten, was ihnen gezeigt worden war. Gerade diese tiefgreifende Störung der Merkfähigkeit aber bei gut erhaltenem Gedächtnisse für die Vorstellungen aus längst vergangener Zeit ist ein kennzeichnendes Merkmal des eigentlichen Altersblödsinns. In leichteren Andeutungen begegnen wir dieser Erscheinung bekanntlich schon im gesunden Greisenalter. Im Verein mit der Schwäche des Urtheils, wie sie sich in der Unsinnigkeit der Wahnvorstellungen kundgiebt, sowie der Oberflächlichkeit der gemüthlichen Regungen lehrt uns jener Befund, dass der hier vorliegende Depressionszustand auf dem Boden einer eigenartigen Verblödung erwachsen ist, wie sie eben den krankhaften Altersveränderungen entspricht. Auch die hypochondrische Färbung der Vorstellungen ist dabei insofern bemerkenswerth, als schon beim geistig gesunden Greise der Gedankengang in stärkerem Maasse durch die Sorge um das eigene körperliche Wohl und Wehe in Anspruch genommen zu werden pflegt.

Die tiefere Bedeutung dieser Feststellung liegt darin, dass der Greisenblödsinn seinem Wesen nach einer Rückbildung nicht mehr zugänglich ist, da er auf dem Untergange zahlreicher Rindenbestandtheile beruht. Während wir bei der Melancholie trotz sehr stürmischer und schwerer Erscheinungen doch vielfach auf völlige Wiederherstellung unserer Kranken hoffen durften, werden wir uns beim Nachweise des Altersblödsinns auch dann auf einen ungünstigen Ausgang gefasst machen müssen, wenn die Störungen zunächst anscheinend geringfügige sind. Das Ende wird nach dem Zurücktreten der Verstimmungen und Erregungen immer ein höherer Grad von geistiger und gemüthlicher Schwäche sein. Allerdings mag es zur Zeit noch fraglich erscheinen, ob zwischen der

Melancholie und den eigentlich senilen Verstimmungszuständen scharfe Grenzen bestehen. Vielleicht wird nur das Bild der Melancholie durch die stärkere Beimischung seniler Züge gradweise verändert und damit einem ungünstigeren Ausgange zugeführt. Ich bin zur Zeit noch nicht im Stande, zu dieser Frage bestimmt Stellung zu nehmen, muss mich vielmehr mit dem Hinweise begnügen, dass namentlich die starke Störung der Merkfähigkeit, wie sie bei unserem Kranken nachgewiesen wurde, dem einzelnen Falle das Gepräge des Altersblödsinns aufdrücken und damit die Aussicht auf Wiederherstellung erheblich trüben dürfte.

Aus der Geschichte unseres Kranken haben wir nun noch nachzutragen, dass er aus gesunder Familie stammt, gut lernte, aber immer schwächlich war und vor 30 Jahren eine längere, schwere Krankheit, anscheinend ein Lungenleiden, durchmachte. Verheirathet war er nicht. Ein Vierteljahr nach dem Tode seines Bruders kam er zu uns, war damals ganz besonnen und geordnet, aber ängstlich, bat um Verzeihung, meinte, man wolle ihn ermorden, ihm den Bauch aufschneiden. Vorübergehend gerieth er in sehr starke Erregung, klammerte sich an, drängte fort, schrie sinnlos und eintönig, redete ganz verwirrt, beruhigte sich jedoch meist bald wieder. Die Ernährung sank unaufhaltsam, obgleich der Kranke zeitweise leidlich Nahrung zu sich nahm, späterhin aber noch regelmässig mit der Sonde gefüttert wurde, sobald er mangelhaft ass.

Auch dieses rasch fortschreitende körperliche Siechthum, das in den äusseren Bedingungen keine genügende Erklärung findet, entspricht vollkommen unseren Erfahrungen in den Endzuständen des Altersblödsinns und muss uns darauf vorbereiten, dass wahrscheinlich die Kräfte des Kranken bald versagen werden. Schon jetzt ist seine Behandlung ungemein schwierig, da er sich gegen die Sondenernährung lebhaft sträubt und zudem oft sehr unruhig und störend wird. Wir haben versucht, ihm durch mittlere Opiumgaben etwas Beruhigung zu verschaffen, doch mit geringem Erfolge. Dagegen pflegen Dauerbäder auf den Kranken ziemlich günstig zu wirken; wir begegnen durch sie zugleich der bei dem stark abgemagerten Kranken sehr beachtenswerthen Gefahr des Druckbrandes*).

*) Der Kranke ist nach fast 5 monatlichem Anstaltsaufenthalte, trotz sorgfältiger Pflege, unter fortschreitendem Sinken des Körpergewichtes gestorben. Die Leichenöffnung liess keine greifbare Todesursache erkennen.

Reiner, als bei jenem Kranken, werden Sie das Bild des Altersblödsinns bei einer 72jährigen Frau erkennen, die uns vor $^1/_2$ Jahre zugeführt wurde. Sie war früher geistig und körperlich immer gesund, heirathete mit 30 Jahren und gebar 4 Kinder, von denen noch 2 leben. Ueber erbliche Veranlagung haben wir nichts erfahren können. Seit dem Tode ihres Mannes, der nach $7^1/_2$jähriger Ehe erfolgte, hatte die Frau viele Sorgen. Eine stärkere Veränderung vollzog sich mit ihr jedoch erst seit etwa 1 Jahre, nachdem sie allerdings schon einige Jahre vorher viel über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt hatte. Die Kranke wurde allmählich vergesslich, fand sich in der Zeit, ja in ihrem Hause nicht mehr zurecht, wusste nicht, ob sie schon gegessen habe, verkannte die Personen. Ihre Tochter hielt sie für ihre Schwester, sprach viel von ihren längst verstorbenen Eltern, als ob sie noch lebten. Zugleich machte sich eine gewisse Unruhe bemerkbar. Die Kranke wurde reizbar, ärgerlich, misstrauisch, ging Abends nicht ins Bett, stand früh vor Tagesanbruch wieder auf, kramte zwecklos herum, wollte fort, vermochte nicht mehr, geordnet zu arbeiten, ass unregelmässig.

Die Kranke ist klein, zeigt gebückte Haltung, runzlige Züge, weisses, noch ziemlich volles Haar. Ihr Ernährungszustand ist sehr mässig; sonst bietet sie jedoch ausser Zittern der Hände und Unregelmässigkeit des Herzschlags keine auffallenderen körperlichen Störungen dar. Sie fasst die an sie gerichteten Fragen richtig auf, wenn auch oft mit einer gewissen Mühe und erst bei Wiederholung. Aus ihren Antworten geht jedoch hervor, dass sie über Zeit, Ort und Umgebung völlig im unklaren ist. Sie glaubt, hier auf einer Hochzeit zu sein; die Personen kommen ihr alle bekannt vor, aber sie weiss die Namen nicht anzugeben, klagt selbst darüber, dass sie so vergesslich geworden sei. „Ich weiss mich in den Sachen nicht so zu fassen“; sie stehe so allein und habe sich nicht so um die Dinge gekümmert. Als Jahreszahl giebt sie bald ihr Geburtsjahr, bald irgend eine andere Zahl an, meint abwechselnd, sie sei 30 oder 60 oder noch nicht 20 Jahre alt, ist über die Anrede „alte Frau“ sehr entrüstet. Die gröbsten Widersprüche in ihren Zeitangaben kommen ihr gar nicht zum Bewusstsein. So behauptet sie, ihre Tochter sei 2 Jahre jünger als sie, ihr Vater sei 60 Jahre, wenn sie sich selbst gerade als

60jährig bezeichnet hat; ihr Kind sei 3 Jahre u. s. f. Von Eltern und Grosseltern erzählt sie, dass sie mit ihnen zusammen lebe, nennt sich selbst mit ihrem Mädchennamen. Der Grossherzog heisst Leopold; die vorgezeigten Münzen sind Gulden und Kreuzer.

Auf Zureden ist sie ganz einverstanden, in nächster Zeit Hochzeit zu machen, meint, ein Mann aus der Nachbarschaft komme schon alle Tage, sich nach ihr umzusehen. Auch sonst lässt sie sich leicht alles Mögliche einreden, geht darauf ein, wenn man ihr sagt, dass sie gestern Besuch gehabt habe, spazieren gegangen sei, spinnt derartige Anregungen selbst noch weiter aus, weiss, wer dagewesen ist, was er mitgebracht hat, wohin sie spaziert sei. Sehr bemerkenswerth ist es jedoch, dass man sie trotz ihrer Zugänglichkeit für das Einreden doch nicht auf anderen Gebieten zu unsinnigen Angaben verleiten kann, als auf dem der zeitlichen Ordnung der Ereignisse. Sagt man ihr, dass der Schnee schwarz sei, so erwidert sie: „Ja, gewiss, wenn Russ darauf fällt“. Das Blut sei nicht schwarz, „aber doch dunkel“. Grün seien die Kirschen „zuerst wohl, aber später werden sie roth“. Diese Widersprüche fasst sie also gut auf, oft sogar mit Humor. Auf die Frage, ob ein Dieb nicht ein braver Mann sei, meint sie lachend: „Ja, darauf wollen wir doch nicht gehen“, und wenn ich ihr sage, sie selber habe gestohlen, antwortet sie schlagfertig: „Sonst thu' ich's nicht, aber meinen dummen Husten thät' ich mir gleich stehlen lassen“.

Ganz besonders auffallend ist bei dieser Kranken die Schnelligkeit, mit der die angeregten Vorstellungen wieder verblassen. Sie vergisst alle Erlebnisse nach wenigen Minuten, vielfach sogar fast augenblicklich. Dem Arzte, der ihr eine Einspritzung gemacht hat, klagt sie unmittelbar darauf, es sei ein Mädchen dagewesen und habe sie gestochen. An Stelle der wirklichen Erinnerungen treten dabei freie Erfindungen. Als die Kranke sich einmal ein Tuch um den Fuss gebunden hatte, erzählte sie kurz nach einander, zuerst, dass ihr der Schuh aufgegangen sei und sie denselben wieder habe zubinden müssen, dann, dass sie sich einen Verband gemacht habe, weil ihr ein Stück Holz an den Fuss geflogen sei, endlich, der Arzt habe sie an den Fuss gestossen; darum habe sie sich verbinden müssen. Bei Versuchen mit Vorzeigen von Bildern und Gegenständen konnten schon 5“ später mehr als $^1/_4$ der Eindrücke nicht mehr wiedergegeben werden,

und nach 30″ haftete nur noch $^1/_4$, später gar nichts mehr. Dass die Kranke selbst diese Flüchtigkeit ihrer Vorstellungen empfand, geht aus ihrer Aeusserung hervor: „Ich weiss nicht; man kann sich in seinem ganzen Innern nicht mehr fassen".

Die Stimmung der Kranken ist im ganzen gleichmüthig, hie und da ärgerlich, nicht selten aber auch lustig, zu Scherzen geneigt. Sie zeigt vielfach eine gewisse Unruhe, packt ihre Sachen zusammen und will fort, zu ihren Eltern, zur Hochzeit, behauptet, in ihrer Decke ein Kind zu haben, das getauft werden müsse, wird grob, wenn man sie wieder ins Bett bringen will. Der Schlaf ist durch die Unruhe sehr beeinträchtigt; dagegen nimmt die Kranke genügend Nahrung zu sich und hält sich bei einiger Nachhülfe sauber.

Der hervorstechendste Zug in dem geschilderten Krankheitsbilde ist offenbar die ausserordentlich starke Störung der Merkfähigkeit, die weit über alles hinausgeht, was wir bei anderen Krankheitsformen beobachten. Die einzelnen Vorstellungen, die durch äussere und innere Vorgänge angeregt werden, verblassen so schnell wieder, dass durchaus keine zusammenhängende Kette von Erinnerungen zu Stande kommt. Hinzufügen will ich, dass, wie manche Anzeichen lehren, ausserdem auch die Klarheit der Eindrücke weit langsamer erreicht zu werden scheint, als beim Gesunden. Daher schwinden viele Vorstellungen bereits wieder, bevor sie noch recht deutlich geworden sind. Man versteht wohl einigermassen, wie sich aus dem Zusammenwirken dieser beiden Störungen jener Zustand entwickeln kann, wie ihn unsere Kranke darbietet. Wir bezeichnen denselben als „senile Verwirrtheit".

Gerade die wachsende Bedeutung, welche die Merkstörung in den schweren Irreseinsformen des Greisenalters gewinnt, dürfte, wie mir scheint, die Anschauung rechtfertigen, dass auch diejenigen Verstimmungs- und Erregungszustände dem senilen Irresein zuzurechnen sind, bei denen jener Zug in den Vordergrund tritt und damit die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Ausganges nahe rückt*). Sollte sich diese Ansicht auch für die Zukunft als richtig erweisen, so würden wir damit vielleicht einen Gesichtspunkt für die Abgrenzung

*) Die Kranke befindet sich seit $1^3/_4$ Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

der Melancholie in dem früher umschriebenen Sinne von dem eigentlichen Altersblödsinn gefunden haben.

Wir dürfen uns indessen nicht verhehlen, dass die Deutung der im beginnenden Greisenalter auftretenden Krankheitsbilder vielfach noch die grössten Schwierigkeiten bietet. Vor Ihnen sitzt eine 60jährige Frau, bei der eine ganze Reihe von Diagnosen in Betracht gezogen werden könnten. Die Frau stammt angeblich aus gesunder Familie und soll bis vor etwa 1—2 Jahren gesund gewesen sein. In den letzten Jahren war sie geizig und misstrauisch, fürchtete, sie werde bestohlen, traf ungewöhnliche Sicherungsmassregeln gegen vermeintliche böse Nachbarn. Einige Wochen vor der Aufnahme, die vor $^1/_2$ Jahre erfolgte, wurde sie stiller, ängstlich, beichtete, stieg Nachts aus dem Fenster hinaus zu einem Nachbarn, bat, bei ihm bleiben zu dürfen. In der nächsten Nacht kletterte sie gar aufs Dach, wurde unter heftigem Widerstreben durch eine Luke hereingeholt, äusserte grosse Angst und wollte ihr Geld dem Nachbarn übergeben, weil der Teufel darin sei. Zeitweise sprach sie auch ganz vernünftig, erinnerte sich genau an alle Vorgänge.

Bei der Aufnahme war die Kranke stumm, sass aufrecht im Bette, liess sich durchaus nicht aus dieser Stellung bringen, widerstrebte allen Einwirkungen. Am nächsten Tage dagegen befolgte sie einfache Aufforderungen, zeigte ausgeprägte Katalepsie, nahm auf dem Bette stehend mit hoch erhobenen Armen Predigerstellung ein, antwortete auf keine Frage, äusserte nur zweimal kurz: „Gehen Sie weg!“ Sie nahm keine Nahrung zu sich und hielt den Harn zurück, so dass zur Entleerung durch den Katheter geschritten werden musste. Späterhin zog sie sich nackt aus, hockte so auf dem Boden oder legte sich unter das Bett. Erst nach einer Woche fing sie plötzlich an, zu sprechen, entschuldigte sich wegen der Umstände, die sie gemacht habe; sie habe keinen Hunger gehabt, nicht essen können. Ueber ihre Umgebung und die Erlebnisse der letzten Zeit war sie völlig im klaren, hatte auch ein gewisses Krankheitsgefühl, aber kein rechtes Verständniss für ihr unsinniges Handeln.

Schon am nächsten Morgen war sie auch wieder kataleptisch, stumm und widerstrebend wie früher, sass unbeweglich da, ihren dünnen Zopf mit der rechten Hand wagerecht hinaushaltend. Dieses Verhalten wechselte in der Folgezeit vielfach. Bisweilen

trat lebhaftere Angst hervor; die Kranke schien auch Stimmen zu hören, blickte nach der Decke mit der Frage: „Was wollt Ihr denn? Ich komme gleich!“ Zu anderen Zeiten war sie zugänglicher, freundlich, lächelte, gab mit leiser Stimme rasche, schwer verständliche Auskunft.

In solchem Zustande sehen Sie die Kranke jetzt vor Sich. Sie sitzt ziemlich theilnahmlos da, kümmert sich nicht um das, was um sie her vorgeht, antwortet aber auf eindringliche Fragen, nennt ihren Namen, weiss, wo sie ist, kennt die Aerzte, aber nicht deren Namen, vermag auch keine der Mitkranken oder Wärterinnen zu nennen. Ueber die Zeit ist sie im unklaren, macht ganz unzutreffende Angaben, entschuldigt sich, dass sie keinen Kalender habe einsehen können. Nicht einmal Geburtsjahr und -tag erfahren wir von ihr. Auch ihre Schulkenntnisse sind äusserst dürftige, soweit es möglich ist, darüber von ihr Auskunft zu erhalten. Von ihrer Lage hat sie keine rechte Vorstellung, macht sich keine Gedanken über die Zukunft, verlangt nicht heim. Ihre Stimmung ist gleichgültig; öfters geräth sie in ein zaghaftes, weinerliches Wesen hinein, ist aber leicht davon abzubringen, wird heiter, gesprächig, aber faselig. Ihr Kopf sei „gut und gesund“, meint sie. Auf körperlichem Gebiete ist bei der schwächlichen, dürftig genährten Frau, die häufig mit der Sonde ernährt werden musste, ausser leichtem Zittern der Hände keine bemerkenswerthe Störung nachzuweisen.

Wir werden kaum darüber im Zweifel sein können, dass die Kranke zur Zeit einen ziemlich hochgradigen Blödsinn darbietet, Unfähigkeit zu klarer Verarbeitung der äusseren Eindrücke, Gedankenarmuth, Urtheilsschwäche, Verlust früherer Kenntnisse, gemüthliche Stumpfheit. Allerdings hat sie bei Besuchen ihres Mannes noch mehrfach lebhafte Erregung gezeigt; im übrigen ist jedoch der Mangel tieferer Gemüthsregungen und der schwächliche Wechsel der Stimmungen bei ihr deutlich genug. Für eine etwa in Verblödung übergegangene Melancholie werden wir den Zustand schwerlich halten können, da weder die kennzeichnende Verstimmung das ganze Krankheitsbild begleitet hat, noch Versündigungswahn vorhanden war, der bei der Melancholie so sehr im Vordergrunde zu stehen pflegt. Endlich aber fehlte auch ganz das Mittheilungsbedürfniss der Melancholischen, die mit Lebhaftig-

keit ihre trüben Vorstellungen der Umgebung vorzutragen lieben. Statt dessen sind uns eine Reihe von Zeichen begegnet, die wir von katatonischen Erkrankungen her kennen, die Stummheit, der Negativismus, die Katalepsie, die absonderlichen Stellungen und Handlungen, der unvermittelte Wechsel von Stupor und Zugänglichkeit ohne Krankheitseinsicht, die Sinnestäuschungen.

Wenn wir trotzdem zögern, hier ohne weiteres von einer Katatonie zu sprechen, so veranlasst uns dazu einerseits der Umstand, dass wir sonst jene Krankheit fast immer in weit jugendlicherem Alter auftreten sehen, andererseits, dass hier dem Krankheitsbilde gewisse Züge beigemischt waren, die dem Altersblödsinn eigenthümlich sind, das Misstrauen, die mangelhafte zeitliche Orientirung, der rasche Verlust der früheren Kenntnisse. Freilich schien die Merkfähigkeit nicht so hochgradig gestört zu sein wie bei der vorigen Kranken, doch war es bei dem widerstrebenden und theilnahmlosen Wesen der Kranken unmöglich, darüber genauere Erhebungen anzustellen.

Es sei indessen auch darauf noch hingewiesen, dass der Nachweis einzelner „katatonischer“ Zeichen an sich noch nicht zur Diagnose der Katatonie berechtigt, da z. B. bei der Paralyse derartige Zeichen nicht ganz selten zur Beobachtung kommen. Möglich wäre es daher, dass wir auch beim Altersblödsinn unter Umständen Formen mit katatonischen Erscheinungen zu verzeichnen hätten, die doch nicht mit der eigentlichen Katatonie der jüngeren Lebensalter zusammengeworfen werden dürfen. Wir sind zur Zeit nicht im Stande, die Frage nach der klinischen Stellung dieser Gruppe von Fällen mit Sicherheit zu beantworten; vielleicht wird das einmal mit Hülfe der pathologischen Anatomie möglich sein. Uns mag es heute genügen, auf die eigenartigen katatonischen Erkrankungsformen im Greisenalter hingewiesen zu haben. Soviel ich nach meiner eigenen Erfahrung übersehen kann, ist der Ausgang dieser Fälle ein recht ungünstiger; sie führen zu einer erheblichen, oft tiefen Verblödung, in der sich die katatonischen Zeichen auch späterhin wenigstens in Andeutungen zu erhalten pflegen*).

---

*) Die Kranke ist nach 2jährigem Aufenthalte in einer Pflegeanstalt blöde, stumpf und negativistisch gestorben.

XXIV. Vorlesung.

Epileptischer Schwachsinn.

M. H.! Schon bei verschiedenen Gelegenheiten sind wir einer mehr oder weniger deutlichen Periodicität der Krankheitserscheinungen begegnet. Wir haben grosse Gruppen des Irreseins kennen gelernt, die dauernd in einzelnen, scharf abgegrenzten, bisweilen ganz regelmässig wiederkehrenden Anfällen verlaufen. Die Ursache dieser Periodicität kann natürlich nur in dauernden Veränderungen des Seelenlebens gesucht werden, deren Spuren wir freilich in den Zwischenzeiten meist gar nicht nachzuweisen vermögen. Es geht uns dabei nicht anders, als bei den vielfachen periodischen Erscheinungen im gesunden Körper, Puls, Athmung, Schlaf, Menstruation u. s. f., bei denen wir ja ebenfalls über die eigentlichen Grundlagen der periodischen Auslösung noch im unklaren sind. Auf der anderen Seite aber fehlt es uns gerade auf krankhaftem Gebiete doch auch nicht an Beobachtungen, in denen neben den periodischen Entladungen eine dauernde Veränderung der Persönlichkeit deutlich hervortritt und uns lehrt, dass in der That die einzelnen Ausbrüche nicht selbständige Erkrankungen, sondern nur die Aeusserungen eines krankhaften Grundzustandes darstellen. Lehrreiche Beispiele für dieses Verhalten haben uns bereits die Endzustände der Dementia praecox mit ihren so überaus häufigen periodischen Erregungen geliefert; heute werden wir noch eine weitere, äusserlich oft recht ähnliche, ihrem Wesen nach aber ganz andersartige Gruppe von Krankheitszuständen zu betrachten haben, bei denen ebenfalls neben einem bleibenden Schwachsinn rasch ablaufende Seelenstörungen mehr oder weniger regelmässig wiederkehren.

Zunächst zeige ich Ihnen einen 18jährigen Schreinergesellen, der bereits zum 5. Male seit einem Jahre zu uns gekommen ist. Er soll aus gesunder Familie stammen, hat aber 2 Geschwister früh an Krämpfen verloren. Bei ihm selbst trat im Alter von $^1/_2$ Jahre ein Krampfanfall auf, der sich dann anfangs etwa alle Vierteljahre, späterhin alle Monate wiederholte. Oft kamen die

Krämpfe in Gruppen, auch des Nachts. Vor $2^1/_2$ Jahren und ebenso vor $1^1/_2$ Jahren schlossen sich an die Krämpfe noch Verwirrtheit, Angst und Sinnestäuschungen an. In einem derartigen Zustande wurde der Kranke vor 1 Jahre zum ersten Male in die Klinik gebracht. Nachdem im Laufe von 4 Tagen 6 Anfälle aufgetreten waren, stellte sich bei dem Kranken, der bis dahin still und einsilbig gewesen war, Unruhe und Angst ein. Er meinte, er müsse sterben, schlief nicht mehr, betete, drängte fort, behauptete, Schuhmachergesellen aus der Nachbarschaft hätten ihm mit langen Messern die Augen ausgestochen, dafür Thieraugen eingesetzt, den Gurgelknopf herausgeschnitten; er habe gehört, wie der Meister sagte, er komme von der Welt. Dabei war er verwirrt, unbesinnlich, schwindlig im Kopfe. Dieser Zustand dauerte etwa eine Woche.

Späterhin wiederholten sich derartige Anfälle mehrmals und führten meist zur Verbringung des Kranken in die Klinik. Auch hier wurden dieselben öfters beobachtet. Meist schlossen sie sich an eine Reihe von Krampfanfällen an, die sich auf mehrere aufeinanderfolgende Tage vertheilten. Der Kranke wurde dann verwirrt, erregt, äusserte hypochondrische Vorstellungen, er sei todt, habe kein Blut mehr, könne keine Faust mehr machen; die Augen würden ihm so weit. Dann meinte er, man trachte ihm nach dem Leben, wolle ihn todtschiessen; er sah Männer, die ihre Gewehre auf ihn gerichtet hatten, wurde sehr gereizt, rief um Hülfe, lief ängstlich herum. Nach einigen Stunden oder Tagen wurde er wieder ruhiger, hielt aber zunächst noch an den Wahnvorstellungen fest, bis er endlich zugab, dass er wieder „wahnsinnig“ gewesen sei. Das während des Anfalles erheblich gesunkene Körpergewicht stieg dann rasch wieder an.

In den Zeiten zwischen diesen Anfällen, die sich etwa nach 3—4 Monaten zu wiederholen pflegten, hatte der Kranke häufigere, aber leichte Krampfanfälle, bei denen er das Bewusstsein verlor und wenige Minuten lang tonische und klonische Zuckungen zeigte. Ferner wurden Anfälle beobachtet, in denen er schlaff, mit geschlossenen Augen dalag, auf Anrufen und Nadelstiche nicht reagirte, aber die Augen zusammenkniff, wenn man sie öffnen wollte. Die Pupillen waren dabei weit, verengerten sich auf Lichteinfall; vorübergehend bestand Katalepsie. Die Kniesehnenreflexe

waren wegen starker Spannungen nicht auszulösen; der Puls war beschleunigt. Diese Zustände verloren sich nach einigen Stunden wieder. Endlich klagte der Kranke selbst noch über rasch vorübergehende Schwindelanfälle mit Zittern und Schwäche in den Händen, „als ob ein Anfall kommen wollte". Dabei verlor er jedoch das Bewusstsein nicht völlig, erholte sich ganz schnell wieder.

Der schmächtig gebaute, blass aussehende Kranke zeigt eine schmale Stirne, eingesunkene Nasenwurzel, angewachsene Ohrläppchen und einen steilen Gaumen, Abweichungen, die man gewöhnlich als „Entartungszeichen" zu betrachten pflegt. Die Pupillen sind weit, reagiren aber gut. Die ausgespreizten Finger zittern; die Hautreflexe sind recht lebhaft. Sehr auffallend ist eine bedeutende Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper. Man kann überall durch Hautfalten Nadeln hindurchstossen, ohne dass der Kranke Schmerz äussert, während die Berührungsempfindlichkeit nicht abgestumpft erscheint. Auf psychischem Gebiete bemerken Sie an dem Kranken vor allem ein grosse Schwerfälligkeit. Er ist besonnen, klar über Zeit, Ort und Umgebung, antwortet aber ungemein langsam und bedächtig, versteht trotz voller Aufmerksamkeit nicht immer gleich, was man von ihm will, kommt mit seinen Auseinandersetzungen nicht von der Stelle. Dass er krank sei, giebt er selbst an, vermag aber nicht viel darüber zu erzählen, meint, die letzten Anfälle seien nur noch ganz leicht gewesen. An die Zustände von Verwirrtheit hat er nur eine sehr unklare Erinnerung. Die Wärter hatten Revolver, um ihn zu erschiessen; er war im Himmel und sah den lieben Gott; alles, was er sich dachte, sah er gleich deutlich vor sich. Häufig werde es ihm schwindlig im Kopfe, so dass er nicht klar denken könne.

Seine Kenntnisse sind, obgleich er kein schlechter Schüler war, recht dürftig; von Dingen und Verhältnissen, die ausserhalb seines unmittelbaren täglichen Gesichtskreises liegen, hat er gar keinen Begriff. Sein Vorstellungsschatz und sein Urtheil entsprechen etwa der Stufe eines 10—12jährigen Kindes. Seine Mitkranken wie die Vorgänge um ihn herum sind ihm gleichgültig, soweit sie ihn nicht persönlich berühren; dagegen zeigt er grosse Anhänglichkeit an seine Familie, spricht von seinem lieben Vater, zu dem er gern wieder zurückkehren möchte. Auch über Besuche

freut er sich sehr. Sein Benehmen ist ausserhalb der Anfälle im allgemeinen völlig geordnet. Er ist freilich ziemlich stumpf, aber gutmüthig und lenksam; nur beim Herannahen der Anfälle wird er gereizt und drohend. Er beschäftigt sich nicht viel, führt aber einfache Arbeiten, die man ihm aufträgt, sorgfältig, wenn auch überaus langsam, aus. Sehr bemerkenswerth sind bei seinem bedeutenden Schwachsinn Zeichnungen, die er nach farbigen Abbildungen von Thieren und Pflanzen angefertigt hat. In denselben ist jeder Strich der recht naturwahr durchgeführten Bilder mit solcher Sorgfalt und Treue wiedergegeben, dass es unmöglich erscheint, die Zeichnungen von den Vorlagen zu unterscheiden. Als wir aber dem Kranken die Aufgabe stellten, ganz einfache Diagramme nach gegebenen Zahlen zu entwerfen, erwies er sich als durchaus unfähig für die Erledigung dieser, eine gewisse Selbständigkeit erfordernden, sonst aber ungemein einfachen Arbeit.

Dass unser Kranker an Epilepsie leidet, wird durch die bis in die früheste Kindheit zurückreichenden, in ziemlich regelmässigen Zwischenzeiten wiederkehrenden, allmählich häufiger werdenden Krampfanfälle dargethan. Daneben traten leichtere Schwindelanfälle und in den letzten Jahren Dämmerzustände auf, die vollkommen den bei der Epilepsie bekannten Bildern entsprachen. Ungewöhnlicher sind die Zustände schlaffer Benommenheit, die ohne Berücksichtigung des Gesammtbildes leicht als hysterische hätten aufgefasst werden können. Auch die Analgesie würde sich anscheinend einer solchen Deutung gut einfügen, zeigte aber nicht die bei der Hysterie bekannte örtliche Umgrenzung.

Endlich hat sich bei unserem Kranken im Laufe der Jahre eine zunehmende, eigenartige Verblödung entwickelt, die sich von den uns bisher bekannten Endzuständen ungeheilter Geistesstörungen wesentlich unterscheidet. Sie ist gekennzeichnet namentlich durch die geistige Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Denkens ausserhalb der Anfälle. Dazu kommt eine ausserordentliche Einengung des Gesichtskreises, innerhalb dessen sich die Kranken jedoch leidlich zurechtzufinden vermögen. Dieses Verhalten steht im Gegensatze zu den Endzuständen der Dementia praecox, bei denen oft erhebliche Bruchstücke höherer Bildung nachweisbar sind, während doch die Fähigkeit zu den einfachsten geistigen Leistungen ver-

nichtet erscheint. Die Mangelhaftigkeit des Gedächtnisses hat bei unserem Kranken zu einer weitgehenden Verarmung des Vorstellungsschatzes geführt. Dabei sind aber, anders als in der Paralyse, zuerst die ferner liegenden und allgemeineren Vorstellungen verloren gegangen, während das jüngst Vergangene und unmittelbar Wichtige noch recht gut festgehalten wird.

Auch die gemüthlichen Beziehungen sind nicht allgemein abgestumpft, wie bei der Dementia praecox, sondern eingeengt, wenn auch keineswegs zu höheren Formen entwickelt. Selbstsucht und starrköpfiger Eigensinn beherrschen das Gemüthsleben des Kranken; in Verbindung mit den Anfällen wird er auch reizbar und gewaltthätig. Die eigene Person, sodann die Familie steht für den Kranken durchaus im Vordergrunde, während sein Mitgefühl für Andere nur sehr wenig ausgebildet ist. Dagegen legt er eine gewisse äusserliche Frömmigkeit an den Tag, wie wir sie bei Epileptikern ungemein häufig finden. Auch dass er trotz seiner hypochondrischen Befürchtungen doch nicht zu schwarz in die Zukunft sieht, sondern „nur noch leichte Anfälle“ hat, entspricht völlig unseren sonstigen Erfahrungen bei diesen Kranken. Endlich ist die peinliche Genauigkeit in Kleinigkeiten, wie sie uns in den Zeichnungen des Kranken entgegentritt, ein vielfach sehr ausgeprägter Zug der Epileptiker.

Alle diese Eigenschaften setzen die eigenartige epileptische Verblödung zusammen, wie sie sich bei längerer Dauer und bei den schwereren Formen des Leidens in stärkerem oder schwächerem Grade herauszubilden pflegt. Sie erinnert in vieler Beziehung sehr an die Zustände des angeborenen Schwachsinns, unterscheidet sich aber von diesem wesentlich durch das ausgesprochene Krankheitsgefühl. Oft genug entwickelt sich diese eigenartige Form der Verblödung erschreckend rasch, und sie kann im Laufe weniger Jahre sehr hohe Grade erreichen. Auch bei unserem Kranken, bei dem sie in der letzten Zeit offenbar erhebliche Fortschritte gemacht hat, werden wir uns auf eine Weiterentwicklung im ungünstigen Sinne gefasst machen müssen. Die bekannten Mittel gegen epileptische Anfälle, insbesondere das Brom, vermögen diese Verblödung nicht zu beseitigen und scheinen auch ihre Ausbildung nicht zu verhindern*).

*) Der Kranke befindet sich seit $1^1/_2$ Jahren in einer Pflegeanstalt, arbeitet, ist aber sonst recht blödsinnig.

Sehr grosse diagnostische Schwierigkeiten hat uns ein 26jähriges Mädchen bereitet, das uns vor 5 Wochen aus der Frauenklinik zugeführt wurde. Die Kranke, die sich in der letzten Zeit der Schwangerschaft befand und dort ihre Entbindung abwartete, wurde in den letzten Tagen unruhig, verwirrt, ängstlich, lief planlos herum und wurde deswegen zu uns gebracht. Der allmählichen Entwicklung dieses Zustandes waren zwei „Anfälle" voraufgegangen. Hier erwies sich die Kranke als unbesinnlich, gab auf Befragen nur die Antwort: „Ich weiss nicht", sprach aber in langsamem Zeitmaasse und mit rhythmischer Betonung viel vor sich hin, als ob sie zu Jemandem rede. Der Inhalt dieser Reden war völlig verworren: „Ei, was soll ich denn — ei, was machst denn — ei, muss doch sterben — ah, wo soll ich denn, kann doch nicht sterben. Schön Schulhaus — immer sitzen bleiben. Ah, wo soll ich denn — darf immer singen — ah, die Maus ist doch todt — find' sie doch nicht — kann immer sterben — ah, muss immer tanzen — hab' schöne Strümpf' an" u. s. f. Bisweilen erhielt man von ihr sinngemässe, aber ganz falsche Antworten, sie sei 100 Jahre, 13 Jahre alt, befinde sich in Mannheim, habe ihr Kind vom Kaiser. Dazwischen faselte sie in zusammenhangsloser Weise, verstand anscheinend oft die Fragen gar nicht, suchte aber an die Aeusserungen ihrer Umgebung anzuknüpfen.

Die Stimmung war gleichmüthig, wechselnd; bald äusserte die Kranke Angst vor Schlägen, bald Neigung, zu singen und zu tanzen. Aufforderungen befolgte sie ohne weiteres, schrieb ihren Namen und vorgesagte Wörter langsam, aber in leserlicher, sorgfältiger Schrift nieder. Dagegen erwies sich ein Brief, den sie schreiben sollte, als eine bunte Zusammenwürfelung einzelner Wörter und verworrener Leseerinnerungen; den Schluss machte eine endlose Zahlenreihe. Befehlsautomatie war nicht nachzuweisen, doch streckte die Kranke unbedenklich die Zunge heraus, um sie sich durchstechen zu lassen. Auf körperlichem Gebiete war ausser den Erscheinungen der vorgeschrittenen Schwangerschaft nur noch eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper bemerkenswerth.

Bei der Deutung dieses Zustandes konnten, da wir über die Vorgeschichte des Falles nichts Näheres wussten, eine Reihe von Krankheiten in Betracht kommen. Die voraufgegangenen „Anfälle" vermochten uns keine bestimmten Anhaltspunkte zu liefern, da sie

ebenso gut hysterische wie epileptische, katatonische oder paralytische gewesen sein konnten. Gegen Hysterie schien uns die grosse geistige Schwerfälligkeit der Kranken, ihre geringe Beeinflussbarkeit und der Mangel stärkerer gemüthlicher Schwankungen zu sprechen; dem Bilde fehlte ganz der etwas theatralische Zug, der den hysterischen Dämmerzuständen eigen zu sein pflegt. An die Katatonie erinnerten sehr lebhaft die Reden und Schriftstücke der Kranken, doch vermissten wir den Negativismus, die Manieren, die Befehlsautomatie. Die Kranke fasste offenbar trotz guten Willens sehr schwer auf, im Gegensatze zu der guten Auffassung bei mangelnder Aufmerksamkeit in der Katatonie. Auch die Langsamkeit und Unsinnigkeit der Antworten schien uns auf Unbesinnlichkeit, nicht aber auf Negativismus zu beruhen, da sich die Kranke sichtlich bemühte, den an sie gerichteten Aufforderungen zu entsprechen.

Gerade dieses Verhalten musste uns veranlassen, etwa an die Möglichkeit einer Paralyse zu denken. Wir glaubten jedoch auch diese Annahme zurückweisen zu sollen. Zunächst fehlten alle greifbaren körperlichen Störungen ausser der Analgesie, deren allgemeine Ausbreitung freilich mehr für Paralyse, als etwa für Hysterie gesprochen hätte. Sodann aber waren die Antworten der Kranken viel unsinniger und verworrener, als man sie in der Paralyse bei gleicher geistiger Regsamkeit hätte erwarten dürfen. Dieses Missverhältniss sprach mehr für einen Dämmerzustand, als für einen paralytischen Schwachsinn. Höchstens hätte eine Verwirrtheit nach einem paralytischen Anfalle in Betracht kommen können, doch war dafür die Benommenheit der Kranken nicht tief genug; zudem fehlten die in solchem Falle doch zu erwartenden Lähmungserscheinungen. Unter diesen Umständen erschien uns die Annahme eines epileptischen Dämmerzustandes am besten begründet, und wir stellten daher ein rasches Schwinden der Störung in Aussicht.

In der That verlor sich die Bewusstseinstrübung schon in den nächsten Tagen, und wir erfuhren nun, dass die Kranke, deren Mutter „nervös“ sein soll, seit ihrem 15. Lebensjahre an Krämpfen leide, die sich etwa alle 3—4 Wochen wiederholen, dann gruppenweise auftreten und mit tiefer Bewusstlosigkeit, gelegentlichem Zungenbiss und anderen Verletzungen einhergehen. Hie und da blieben die Krämpfe aus; dafür setzten dann Zustände von Be-

nommenheit und Verworrenheit ein, die etwa eine Woche zu dauern pflegten. In ihrer geistigen Entwicklung blieb die Kranke zurück, lernte in Folge ihres Leidens nicht viel.

Sehen wir uns nun die kräftig gebaute und gut genährte Kranke an, die inzwischen ohne Schwierigkeit geboren hat, so bemerken wir sofort, dass sie jetzt zwar ganz klar und geordnet ist, aber geistig höchstens auf der Stufe eines 10—12jährigen Kindes steht. Sie fasst einfache Fragen richtig auf und antwortet auch sinngemäss, zeigt aber einen sehr beschränkten Gesichtskreis, äusserst geringe Kenntnisse und grosse Urtheilsschwäche. Von allen Dingen und Verhältnissen, die über ihre nächste, tägliche Umgebung hinausgehen, weiss sie nichts. Ihre Ausdrucksweise ist unbeholfen, umständlich, einförmig und inhaltleer; in ihren zahlreichen, an die Angehörigen gerichteten, sauber geschriebenen Briefen fallen die vielen Begrüssungs- und Abschiedsredensarten auf. Ueber die Bedeutung ihrer Schwangerschaft ist sie völlig im unklaren gewesen, erzählt ganz kindlich, wie sie vom vielen Essen immer dicker geworden sei und schliesslich ihre Kleider nicht mehr zugebracht habe. Die Mutter habe sie Sonntags nicht mehr mitnehmen wollen; dann habe sie sich auf den Schemel gestellt und aus dem Fenster gesehen. Einen Schatz habe sie wohl gehabt; der habe immer gesagt: „Du bist ein braves Mädchen“. Ihre Freundin habe ihr gesagt, mit dem würde sie nicht gehen; der halte es mit Anderen. Deswegen habe sie ihm abgeschrieben, und dann sei die Freundin mit ihm gegangen. Ihr Kind habe sie von ihrem Vater. Der Heiland sei ihr erschienen und habe gesagt, sie bekomme keine Schläge; sie sei ein braves Mädchen; das Kind sei vom Vater. An dieser Erzählung hält sie hartnäckig fest. Ihre Stimmung ist im ganzen gehoben; nur ist sie enttäuscht, dass nach der Geburt, von der sie mit Bestimmtheit Besserung ihres Leidens erwartet hatte, doch noch wieder Anfälle aufgetreten sind. Es daure nun aber nur noch ganz kurze Zeit. Thatsächlich hat sie schon wieder mehrere, recht schwere Anfälle überstanden. In ihrem Benehmen ist die Kranke geordnet, lenksam und gutmüthig, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe fleissig.

Sie werden unschwer auch bei dieser Kranken die früher aufgeführten Eigenthümlichkeiten des epileptischen Schwachsinns wiederfinden, die geistige Schwerfälligkeit, Gedankenarmuth, Ein-

engung des Gesichtskreises, Urtheilslosigkeit, das gehobene Selbstgefühl, die Hoffnungsfreudigkeit, die Frömmigkeit und Förmlichkeit der Kranken. Nur stärkere gemüthliche Reizbarkeit ist wenigstens in der kurzen Beobachtungszeit nicht bemerkt worden. Ich muss dabei hinzufügen, dass die meisten Epileptiker, entgegen der verbreiteten Meinung, durchaus nicht immer, sondern nur zu gewissen Zeiten reizbar zu sein pflegen, während sie in den Zwischenzeiten oft ganz gutmüthig und hülfsbereit sind, freilich meist in täppischer und verständnissloser Weise. Da die Angehörigen unserer Kranken sie bald wieder nach Hause zu nehmen wünschen, werden wir von der Einleitung einer Brombehandlung absehen, von der zudem hier wenig zu hoffen sein dürfte. Die Kranke kann auch zu Hause damit anfangen, wenn sie unter regelmässige ärztliche Aufsicht gestellt wird; im anderen Falle müssten wir davon abrathen, da die Gefahr einer chronischen Bromvergiftung nicht zu unterschätzen ist. Die vielfach geübte Massenvertilgung von Brom ohne ärztliche Anordnung und Aufsicht ist jedenfalls eine recht bedenkliche Massregel*).

Während in den beiden besprochenen Fällen das Leiden bis in die Jugend zurückreichte, zeige ich Ihnen nunmehr noch einen 50jährigen Zimmermann, der erst seit kürzerer Zeit epileptisch ist. Derselbe soll aus gesunder Familie stammen, ist verheirathet und hat 3 gesunde Kinder, während 4 klein an Krämpfen gestorben sind. Er soll immer viel getrunken, dabei aber doch regelmässig gearbeitet haben. Vor 20 Jahren fiel er 2 Stockwerke hoch von einem Neubau, lag mehrere Tage bewusstlos, wurde aber wieder ganz gesund. Während einer Lungenentzündung, die er vor 8 Jahren durchmachte, delirirte er und entwich zweimal, um draussen zu arbeiten; vor 3 Jahren trat nochmals ohne äusseren Anlass ein deliriöser Zustand mit Kopfschmerzen und Angst auf, der 14 Tage andauerte. Seitdem wurde der Kranke in gewissen Zwischenzeiten häufiger gereizt gegen seine Umgebung, beschuldigte seine Frau der Untreue, bedrohte und misshandelte sie, während er in den Zwischenzeiten sehr gut mit ihr lebte. Vor $^1/_2$ Jahre wurde es ihm bei der Arbeit schwindlig; er fiel beim Heimgehen

*) Die Kranke hat 2 Monate nach ihrer Entlassung aus der Klinik im Anfalle eine brennende Petroleumlampe umgeworfen und ist dabei verbrannt.

um, verletzte sich an der Stirn, fing an, zu deliriren und gewaltthätig zu werden.

Als er deswegen in die Klinik gebracht wurde, war er klar, aber sehr mürrischer Stimmung und erinnerte sich weder an den Anfall noch an seine Erregung, gab nur an, dass er es „im Kopfe“ gehabt habe; „was es war, weiss ich nicht“. Es schien ihm etwa eine Woche aus seiner Erinnerung zu fehlen. Schon damals klagte er, dass er in der Narbe, die er bei seinem Sturze davongetragen hat, häufig Stechen und Zucken empfinde; dann werde es ihm schwindlig und wirr, so dass er mitten in der Arbeit fallen lassen müsse, was er gerade in der Hand habe; manchmal wisse er hinterher gar nicht mehr, was geschehen sei. Seine missmuthige Stimmung verlor sich nach einigen Tagen. Späterhin klagte der Kranke noch einige Male über kurzdauernden Schwindel, bot aber sonst ausser deutlichem Schwachsinn nichts Auffallendes und wurde daher nach mehrwöchentlicher Beobachtung wieder entlassen.

Bald nachher aber trat draussen ein epileptischer Krampfanfall auf, der sich von da ab alle 5—6 Wochen wiederholte. Zuweilen kamen mehrere Anfälle kurz nacheinander; öfters war der Kranke nachher $^1/_4$—$^1/_2$ Tag lang verwirrt, lief zwecklos umher, sprach verkehrtes Zeug. Vor 5 Wochen wurde er schlaflos, ohne Anlass sehr gereizt, gewaltthätig gegen Frau und Kinder, verwirrt, meinte, er sei im Himmel, predigte und betete in der Nacht, zwang auch seine Angehörigen zum Beten und zündete eine Woche später in diesem Zustande sein Bett an, so dass man ihn wieder in die Klinik brachte. Hier war er anfangs noch recht unklar, erkannte zwar die Umgebung, sprach aber davon, dass er hinunter in die Werkstatt wolle, meinte, er habe es wieder im Kopfe gehabt. Der Anfall habe mit Angst, Frostgefühl und Schwindel angefangen; er sah einen Vogel auf sich zufliegen, hörte Singen, Musik und Glocken, konnte sich auf nichts mehr besinnen. An das Feuer erinnerte er sich, wusste aber nicht, wie es entstanden war; erst später tauchte dunkel die Erinnerung in ihm auf, dass er habe Kaffee kochen wollen.

Wie Sie sehen, ist der Kranke jetzt völlig klar, geordnet, einsichtig, zeigt aber ebenfalls eine gewisse Schwerfälligkeit der Auffassung und des Denkens. Selbst bei einfachen Fragen muss er sich erst ziemlich lange besinnen, ist sehr unsicher in Bezug auf

weiter zurückliegende Ereignisse. Ueber sein Leiden vermag er kaum nähere Auskunft zu geben. Von den eigentlichen Anfällen weiss er fast nur aus den Schilderungen seiner Umgebung, hat aber auch darüber anscheinend nicht viel gefragt; ausserdem berichtet er über zeitweise auftretenden Schwindel mit Hitzegefühl im Kopfe, der immer einige Stunden daure. Der Kranke spricht nicht viel, ist ziemlich gedankenarm und stumpf, in seinem Benehmen natürlich und unauffällig; er beschäftigt sich aus eigenem Antriebe regelmässig. Sein Trinken sucht er als ganz harmlos hinzustellen. Die alte Narbe an der rechten Stirnseite ist empfindlich, ebenso in geringerem Grade auch die Umgebung; es gelingt jedoch nicht, durch Druck einen Anfall auszulösen.

Ob bei diesem Kranken die alte Kopfverletzung in irgend einer ursächlichen Beziehung zu der Epilepsie steht, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Bei der langen Zwischenzeit könnte ein Zusammenhang wohl nur unter der Annahme vermuthet werden, dass etwa in der Zwischenzeit zunächst leichtere oder nächtliche, von dem Kranken und seiner Umgebung nicht bemerkte Anfälle aufgetreten seien. Es wäre auch denkbar, dass ein Anfall damals schon die Ursache und nicht die Folge des Sturzes gewesen ist, was thatsächlich nicht ganz selten zutreffen dürfte, wo auf den ersten Blick die Epilepsie durch eine Kopfverletzung verursacht zu sein scheint. Indessen hat hier noch eine andere wichtige Schädlichkeit eingewirkt, der Alkohol. Dass derselbe schwere Krampfanfälle zu erzeugen vermag, ist zweifellos, doch muss es als fraglich bezeichnet werden, ob diese Anfälle ohne weiteres mit der gewöhnlichen Epilepsie zusammengeworfen werden dürfen. In ihrem klinischen Auftreten unterscheidet sich die sog. „Alkohol-epilepsie“ von den übrigen, „genuinen“ Formen dadurch, dass dort immer nur Krämpfe auftreten, und zwar in der schwersten Gestalt, während die reiche Zahl andersartiger „Aequivalente“, die kleinen Anfälle, die Dämmerzustände, die Verstimmungen u. s. f. gar keine Rolle spielen. Andererseits aber hat ohne Zweifel auch bei wirklicher Epilepsie der Alkohol regelmässig eine verschlimmernde und auslösende Wirkung.

Auf Grund dieser Erfahrungen werden wir im vorliegenden Falle mit seinen verschiedenartigen epileptischen Krankheitsäusserungen den Alkohol schwerlich für die einzige und wahre

Ursache der Störungen halten dürfen. Es wäre aber immerhin denkbar, dass der frühere Sturz eine gewisse Disposition zur Epilepsie zurückgelassen hat, die sich dann späterhin unter dem schädigenden Einflusse des Trinkens weiter entwickelt hat. Die Eifersuchtsideen des Kranken könnten recht wohl auf Rechnung des Alkohols zu setzen sein; ebenso ist es möglich, dass es sich bei der Geistesstörung während der Lungenentzündung um ein Delirium tremens gehandelt hat. Für die letzten Delirien muss diese Annahme zurückgewiesen werden, wenn auch einzelne Züge daran erinnern. Die lange Dauer des Zustandes vor 3 Jahren, die ausgeprägt religiöse Färbung des letzten Anfalles sowie die Unklarheit der Erinnerung, endlich das Fehlen der humoristischen Stimmung sprechen dagegen. Gleichwohl werden wir dem Kranken natürlich völlige Enthaltung vom Alkohol auf das eindringlichste zu empfehlen haben. Ob er freilich diesem Rathe folgen will, kann und wird, ist leider mehr als zweifelhaft*).

XXV. Vorlesung.

Irresein nach Kopfverletzungen.

M. H.! Schon wiederholt haben wir Gelegenheit gehabt, auf die ursächliche Bedeutung schwerer Kopfverletzungen für die Entstehung geistiger Störungen hinzuweisen. Es lässt sich allerdings nicht in Abrede stellen, dass man einen derartigen Zusammenhang wohl öfters etwas zu bereitwillig angenommen hat, zumal wenn längere Zeiträume zwischen dem Unfalle und der späterhin allmählich sich entwickelnden Geisteskrankheit liegen. Wir wissen eben über die wirklichen Ursachen des Irreseins noch so herzlich wenig, dass wir ungemein vorsichtig sein müssen, wo aus einer lockeren zeitlichen Folge Schlüsse auf innere ursächliche Beziehungen abzuleiten sind. Berechtigt werden wir zu einer solchen Annahme sein,

*) Der Kranke ist einige Jahre später zu Hause an Schwindsucht gestorben.

wenn sich die Geistesstörung eng an die Verletzung anschliesst, ganz besonders aber dann, wenn die klinischen Eigenthümlichkeiten des gegebenen Falles genau denen gleichen, die wir in anderen ganz unzweifelhaften Beobachtungen kennen gelernt haben. Beiden Bedingungen entspricht, wie ich denke, der Fall eines 44jährigen Spenglers, der uns vor einer Woche aus der chirurgischen Klinik zugeführt wurde. Der Kranke ist vor 3 Wochen, als er gegen Mitternacht hinausging, um Wasser zu holen, auf einer Treppe ausgeglitten und hinuntergestürzt. Er wurde bewusstlos gefunden und kam erst am nächsten Morgen allmählich wieder zu sich. Aus dem rechten Gehörgange lief etwas Blut; gegen Mittag hatte der Kranke mehrmals Erbrechen; auch dabei soll er jedesmal etwa einen Esslöffel Blut ausgeworfen haben. Aus seinem Vorleben ist nur zu bemerken, dass er seit langen Jahren zeitweise stärker trank, aber nicht viel vertragen konnte; er war dann reizbar, öfters gewaltthätig gegen seine Frau.

In der chirurgischen Klinik, wohin er zunächst gebracht worden war, stellte man über dem rechten Scheitelbein eine gequetschte, etwa 3-Markstück grosse Wunde mit Schwellung und Blutunterlaufung in der Umgebung fest. Auch die rechte Ohrmuschel war stark gequetscht, die ganze rechte Seite des Kopfes bis zum Warzenfortsatze hinunter sehr schmerzhaft. Im rechten Gehörgange fand sich ein kleines Blutgerinnsel. Endlich war die Gegend der 3. und 4. Rippe links schmerzhaft. Irgend welche Störungen, die auf eine umschriebene Hirnverletzung hingewiesen hätten, liessen sich nicht nachweisen. Dagegen befand sich der Kranke in einer gewissen Erregung, die eine genauere Untersuchung sehr erschwerte. Er war über die Zeitverhältnisse ganz im unklaren, erinnerte sich durchaus nicht der näheren Umstände seines Sturzes und der Ereignisse seit jenem Zeitpunkte, hatte auch gar kein Verständniss für die Schwere seines Zustandes, verlangte, nach Hause gelassen zu werden, da er arbeiten müsse, wollte seine Kleider haben, widerstrebte bei allen Eingriffen, riss den Verband wieder ab, ging Nachts aus dem Bette. Die Wunde heilte rasch; auch die Schmerzhaftigkeit verschwand nach einiger Zeit, aber die Unruhe und Unklarheit des Kranken bestand fort. Er erzählte von Briefen, die er erhalten habe, hatte keine Ahnung, wie lange er schon da sei, und entwich endlich Abends in Hemd und Pan-

toffeln, um sich in einem benachbarten Neubau zu verstecken, da sein Schwager, wie er ihm mitgetheilt habe, mit seinem Wagen auf ihn warte. In Folge dieses Vorfalles wurde er zu uns gebracht.

Wie Sie sehen, versteht der etwas dürftig genährte, blass aussehende Mann die an ihn gerichteten Fragen, wenn auch eine gewisse Unbesinnlichkeit nicht zu verkennen ist. Er weiss, wo er sich befindet, kennt die Aerzte und erinnert sich der Vorgänge aus den letzten Tagen ganz gut. Dagegen ist seine zeitliche Orientirung recht unklar. Auch wenn man ihn in dieser Richtung belehrt, vergisst er das sehr bald wieder. Andererseits erzählt er unrichtiger Weise, dass er gestern Besuch gehabt habe, dass seine Frau ihm versprochen habe, ihn heute abzuholen.

Rechnungen, die mit Hülfe des Einmaleins zu lösen sind, führt er richtig aus, geräth aber leicht in Verwirrung, sobald er dabei Ueberlegung und Merken von Zahlen nöthig hat. Sehr auffallend ist die Thatsache, dass er von seinem Aufenthalte in der chirurgischen Klinik, namentlich aber von seinem Sturze fast gar nichts mehr weiss. Er giebt abwechselnd verschiedene, frei erfundene Darstellungen seines Falles. Einmal meint er, Mittags 3 Uhr in der Fabrik gefallen zu sein, ein anderes Mal kurz darauf, er sei schnell 3 Treppen auf eine Eisenplatte mit Schräubchen hinuntergesprungen, um noch den Zug zu erreichen. Auf näheres Befragen schmückt er diese Vorgänge noch mit allerlei Einzelheiten aus, offenbar überzeugt, wirkliche Erlebnisse wiederzugeben. Dabei sind aber alle seine Angaben eigenthümlich unbestimmt und verschwommen. Krankheitsgefühl hat er gar nicht, drängt einsichtslos fort, da er unbedingt zur Arbeit müsse. Er werde seine Stelle verlieren, wenn er nicht komme; man werde meinen, dass er sich drücken wolle. Seine Stimmung ist etwas weinerlich, aber ohne tiefere Gemüthsbewegung. Die Thatsache, dass er sich in der Irrenanstalt befindet, nimmt er ganz gleichgültig hin, verräth wenig Antheil an den Vorgängen in seiner Umgebung.

Die körperliche Untersuchung des Kranken zeigt uns eine noch frische, nicht mit dem Knochen verwachsene Narbe am Rande der rechten Hinterhauptschuppe, ferner einige kleinere Narben an der Schläfe und am linken Scheitelbeine. Der Schädel ist asymmetrisch; die Gesichtszüge sind etwas schlaff. Von irgend welchen

nervösen Störungen, die auf eine Heerderkrankung hindeuten würden, ist nichts nachzuweisen. Die Kniesehnenreflexe sind ziemlich lebhaft; auch die mechanische Muskelerregbarkeit ist gesteigert. Da das Gehör, namentlich links, beeinträchtigt erschien, ist auch ein genauerer Ohrenbefund aufgenommen worden. Derselbe ergab zwar die Wahrscheinlichkeit einer doppelseitigen Labyrintherkrankung, doch kann dieselbe nach ohrenärztlicher Ansicht nicht mit dem erlittenen Sturze in Verbindung gebracht werden. Bei den verschiedenen körperlichen Prüfungen zeigte der Kranke eine auffallende Ermüdbarkeit.

Die Geistesstörung, die sich in dem vorliegenden Falle unmittelbar an die Bewusstlosigkeit nach dem Sturze angeschlossen hat, zeichnet sich im wesentlichen aus durch eine Erschwerung der Auffassung und des Denkens, ferner durch die Erinnerungslücke für die Verletzung selbst, eine erhebliche Merkstörung und endlich das Eintreten von Erinnerungsfälschungen an Stelle der geschädigten wirklichen Erinnerungen. Merkwürdig ist dabei das Fehlen des Krankheitsgefühls. Wie ich glaube, dürfen wir diese Züge, von denen wir einigen schon in einem früheren Falle begegnet sind, mit ziemlicher Sicherheit als kennzeichnend für die Geistesstörungen nach schweren Hirnerschütterungen betrachten, so dass also auch das klinische Bild für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Sturz und Irresein sprechen würde. Da derartige Erkrankungen nach einiger Zeit ohne deutliche Reste wieder verschwinden können, handelt es sich dabei schwerlich um gröbere Zerstörungen, sondern wohl um feinere, der Rückbildung fähige Veränderungen in der Hirnrinde. Auch in unserem Falle dürfen wir, da Heerderscheinungen und Fieber fehlen, eine einfache Hirnerschütterung annehmen und demgemäss auf einen allmählichen Ausgleich der jetzt noch nachweisbaren Störungen hoffen*).

Dass der Zusammenhang zwischen Verletzung und Irresein auch ein ganz anderer sein kann, lehrt uns der Fall eines 61jährigen Gürtlers, der uns zur Begutachtung zugewiesen wurde. Der Kranke erlitt vor 8 Monaten auf der Eisenbahn dadurch einen Unfall, dass er nebst Frau und Tochter durch einen Zusammenstoss beim

*) Der Kranke konnte nach 4wöchentlichem Aufenthalte, noch etwas schwerfällig im Denken und ohne Erinnerung an den Unfall, aber sonst völlig klar, aus der Klinik entlassen werden, ist jetzt seit 5 Jahren gesund.

Rangiren zu Boden geworfen und erheblich gequetscht wurde. Die Verletzungen erstreckten sich auf das rechte Knie, den rechten Oberarm, die rechte Jochbeingegend und Kopfseite sowie die rechte Mittelhand, heilten jedoch schnell wieder. Unmittelbar nach dem Unfalle verlor der Kranke, der durch den Stoss zu Boden geschleudert worden war, die Besinnung auf einige Augenblicke. Als er wieder zu sich gekommen war und seine Frau wie die weit schwerer verletzte Tochter suchte, sagte ein zufällig anwesender Arzt: „Am schlimmsten wird es mit dem Manne noch werden“; er war „ungeheuer aufgeregt“.

Sehr bald nachher bemerkte der Kranke, dass eine wesentliche Veränderung mit ihm vorgegangen war. Wie er uns mit einer gewissen Beredsamkeit schildert, war er sehr vergesslich; namentlich auf Personen konnte er sich gar nicht mehr besinnen. Er fühlte sich immer müde und abgespannt, schlief schon Vormittags im Zimmer ein, musste sich sehr anstrengen, um den Reden der Umgebung folgen zu können, besonders in grösserer Gesellschaft. In Folge dessen sah er sich genöthigt, seine Ehrenämter aufzugeben, da er keinen Sitzungen mehr beiwohnen konnte. Auch im Wirthshause hielt er es nicht mehr aus; ihm wurde sofort schlecht; er musste hinaus und nach Hause.

Sehr viel musste er an den Unfall denken und mit seinen Angehörigen darüber sprechen. Namentlich bekümmert ihn auch die Sorge um seine und seiner Familie Zukunft, da der Rechtsstreit mit der Eisenbahnverwaltung über die Entschädigung noch schwebt. Seine Arbeitsfähigkeit ist jetzt empfindlich herabgesetzt. Ihm ist zwar in seiner Werkstatt am wohlsten, aber er kann nicht lange hintereinander fortarbeiten, hat auch nicht die Kraft und Sicherheit mehr in seinen Händen, die für seinen Beruf nöthig ist. Zum Verkehr mit anderen Leuten, zu geistiger Beschäftigung hat er keine rechte Lust mehr, da ihn alles anstrengt und gemüthlich angreift. Das Lesen wird ihm schwerer, als früher; es treten bald Kopfschmerzen auf, und die Augen fallen ihm zu. Beim Sprechen hat er häufig die Empfindung, als ob ihm etwas in der Kehle stecke. In der That stockt der Kranke vielfach mitten im Worte. Auch im Gehen ist er behindert; es tritt leicht Herzklopfen auf, auch Rückenschmerz und starkes Schwitzen. Oft hat er das Gefühl, als müsse er hinfallen, kann nicht mehr auf einen Stuhl steigen,

weil ihn sofort die Angst vor dem Fallen schreckt. Die Stimmung des Kranken ist im Zusammenhange mit allen diesen Störungen sehr gedrückt.

Die körperliche Untersuchung des kleinen, wohlgenährten Mannes ergiebt lebhaftes Zittern der Augenlider beim Augenschlusse, Zittern der Zunge, leichten Strabismus, schlaffe Gesichtszüge, Herabsetzung des Kniesehnenreflexes auf der rechten Seite; auch die Hautreflexe sind rechts weit schwächer als links. Die Kraft erscheint rechts bedeutend vermindert. Bei Augenschluss geräth der Kranke in starkes Schwanken und fällt dann um; Kehrtmachen bei geschlossenen Augen kann er nicht. Die Empfindlichkeit zeigt nirgends Störungen. Bei der Untersuchung ermüdet der Kranke ungemein leicht. Der Puls ist beschleunigt; bei Anstrengungen tritt starke Röthung des Gesichtes auf. Die genauere ohrenärztliche Untersuchung hat noch eine Herabsetzung der Empfindlichkeit im rechten Gehörnerven festgestellt.

Das hier gegebene Krankheitsbild unterscheidet sich von dem vorigen sofort durch den wesentlichen Umstand, dass dort trotz schwerer Störungen das Krankheitsgefühl vollständig fehlte, während hier die Klagen sehr stark, die thatsächlich nachweisbaren Störungen dagegen verhältnissmässig geringfügige sind. Das einzige greifbare Zeichen, das etwa für eine gröbere Erkrankung des Nervensystems sprechen würde, ist die Ungleichheit der Sehnenreflexe, doch ist es nicht ausgeschlossen, dass dieselbe nur durch verschiedene Spannung der Muskeln bedingt wird. Ob die rechtsseitige Hypaesthesie des Gehörnerven überhaupt mit dem Unfalle in Beziehung steht, lässt sich nicht entscheiden.

Bei diesem Mangel an objectiven Krankheitszeichen trägt das ganze Leiden so durchaus die Züge der psychischen Entstehungsweise, dass sogar der Verdacht auftauchen konnte, ob nicht auch absichtliche Verstellung mit im Spiele sei, zu dem Zwecke, eine möglichst hohe Entschädigung für den erlittenen Unfall zu erreichen. Diese Frage nach der Verstellung hat bei den psychischen Erkrankungen nach Unfällen in Folge unserer Gesetzgebung eine grosse Bedeutung gewonnen, und sie hat zu einer eifrigen Jagd nach objectiv nachweisbaren Zeichen derartiger Störungen geführt, freilich bisher mit geringem Erfolge, weil man sie ausschliesslich auf neurologischem Gebiete gesucht hat. Offenbar aber entsprechen sämmtliche von unserem

Kranken vorgebrachten Klagen denjenigen, die etwa eine quälende Sorge auch hervorbringen könnte; sie weisen also auf die Entstehung aus krankhaften Stimmungen hin. In der That spielt bei der Entstehung dieser Krankheitsbilder, die namentlich von Oppenheim unter der Bezeichnung der „traumatischen Neurose" genauer beschrieben worden sind, die gemüthliche Erschütterung, der Schreck, jedenfalls die Hauptrolle. Sie kommen auch dann zu Stande, wenn keinerlei Kopfverletzung, ja wenn überhaupt gar kein Unfall stattgefunden hat, sondern nur die grosse Gefahr eines solchen bestand. Daraus erklärt es sich, dass hier, abgesehen von den zufälligen Begleiterscheinungen wirklicher Verletzungen, nur solche Krankheitszeichen aufzutreten pflegen, die durch Gemüthsbewegungen hervorgebracht werden können. Zuverlässige Zeichen des bestehenden Leidens, die nicht am Ende auch willkürlich erzeugt werden könnten, wird man daher mit Hülfe der körperlichen Untersuchung wohl niemals aufzufinden vermögen.

Dagegen schützt uns vor der Fehlerquelle der Verstellung einigermassen das ungemein eigenartige Gesammtbild, das die Züge einer dauernden gemüthlichen Beunruhigung mit ihren Folgen für die Arbeitsfähigkeit, für die Lebensfreudigkeit, die Stimmung und die körperlichen Verrichtungen, Empfindungen, Bewegungen, Kreislauf u. s. f. darbietet. Wie es scheint, ist diese gemüthliche Beunruhigung zum Theil als die Nachwirkung der heftigen gemüthlichen Erschütterung, zum Theil aber auch wohl als die Wirkung des „Kampfes um die Rente" anzusehen, der sich so oft in den peinigendsten Formen an den Unfall anschliesst. Für die letztere Annahme sprechen wenigstens die nicht seltenen Fälle, in denen mit der Sicherung der Rente eine wesentliche Besserung aller Beschwerden eintritt. Gerade dann freilich pflegt sich leicht der Verdacht zu erheben, dass es sich vorher um zielbewusste Verstellung gehandelt habe.

Will man diesem Verdachte begegnen und Verfahren auffinden, die einen einigermassen zuverlässigen Einblick in das kranke Seelenleben gewähren, so können nur die psychischen Untersuchungsverfahren zum Ziele führen. Ich habe daher schon in einer Reihe derartiger Fälle mit Hülfe fortlaufenden Addirens einstelliger Zahlen und ähnlicher einfacher Versuche das Verhalten derartiger Kranker genauer prüfen lassen. Diese Verfahren, auf deren Einzelheiten ich hier nicht näher eingehen kann,

haben den grossen Vorzug, dass sie Ergebnisse liefern, bei denen jede absichtliche Verstellung sofort deutlich erkennbar wird. Selbst solchen Personen, welche genau die auf diesem Gebiete herrschenden Gesetze kennen, ist es nämlich ganz unmöglich, die besonderen, hier vorkommenden krankhaften Störungen willkürlich nachzuahmen, wie das eigens darauf gerichtete Versuche dargethan haben. Auch bei unserem Kranken haben wir uns in der angedeuteten Weise ein Urtheil darüber zu bilden versucht, wie weit seine Klagen über Herabsetzung seiner Arbeitsfähigkeit berechtigt sind. Dabei hat sich ergeben, dass er in der That einerseits eine ungemein geringe geistige Leistungsfähigkeit, andererseits eine zweifellos krankhaft gesteigerte Ermüdbarkeit besass. Es dürfte kaum Schwierigkeiten bieten, derartige Feststellungen auch auf anderen Gebieten geistiger Leistungen vorzunehmen, namentlich für die Auffassungsfähigkeit und Merkfähigkeit, für die Uebungsfestigkeit, Erholungsfähigkeit, Ablenkbarkeit u. s. w. Da sich bei derartigen Untersuchungen absichtliche Täuschungen überall durch mangelnde Uebereinstimmung der Ergebnisse untereinander und mit sonstigen Erfahrungen verrathen, so bieten sie durchaus die Möglichkeit, zu vollkommen sicheren Befunden zu gelangen.

Ueber die muthmassliche weitere Entwicklung unseres Krankheitsfalles vermag ich Ihnen wenig Sicheres zu sagen. Auf der einen Seite ist das Alter des Kranken einem raschen Ausgleiche der Störungen nicht günstig. Andererseits ist es jedoch möglich, dass sich bei glücklicher Erledigung der Entschädigungsfrage mit der Beseitigung der wirklich begründeten Sorgen doch wieder eine erhebliche Besserung und selbst Heilung einstellt*). Freilich nehmen manche dieser Fälle einen ungemein hartnäckigen Verlauf. Die Behandlung kann im Augenblicke nur in dem Rathe zu fleissiger Beschäftigung bestehen. Ausserdem ist an die Hypnose zu denken, die vielfach eine günstige, beruhigende Wirkung ausübt. Wir haben sie bei unserem Kranken bereits einige Male mit leidlichem Erfolge angewendet, erwarten aber davon so lange keine nachhaltige Besserung, als die Hauptsorge des Kranken nicht beseitigt ist.

*) Der Zustand des Kranken hat sich in den letzten $2^1/_2$ Jahren nach befriedigender Lösung der Entschädigungsfrage bedeutend gebessert, doch ist eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der gemüthlichen Widerstandsfähigkeit dauernd zurückgeblieben.

Die Erkenntniss von der psychischen Entstehungsweise der traumatischen Neurose oder, wie ich sie lieber nennen möchte, der „Schreckneurose“, hat sie in so nahe Beziehungen zur Hysterie gebracht, dass derartige Fälle nach Charcots Vorgang vielfach ohne weiteres jener Krankheit zugezählt werden. Man geht dabei von der Ansicht aus, dass durch den Unfall die verborgene Hysterie gewissermassen ans Tageslicht gezogen worden sei. Ohne Zweifel können durch Unfälle auch hysterische Störungen ausgelöst werden. Dennoch scheint mir das soeben entwickelte Krankheitsbild nach Entstehungsweise, klinischer Ausprägung und Verlauf so wesentlich von demjenigen der Hysterie abzuweichen, dass ich ein einfaches Zusammenwerfen beider nicht für einen Fortschritt halten kann. Ich bitte Sie indessen, Sich nunmehr einen 35jährigen Artisten anzusehen, der uns vorgestern durch die Polizei zugeführt wurde. Er hatte dieselbe mit der Bitte um Schutz aufgesucht, nachdem er auf einer Eisenbahnfahrt plötzlich ängstlich geworden war, den Zug verlassen hatte und planlos in der Stadt herumgeirrt war.

Der Kranke ist, wie Sie sehen, völlig besonnen und klar, giebt über seine Erlebnisse geordnete Auskunft. Wir erfahren von ihm, dass er vor $^3/_4$ Jahren 20 Fuss hoch vom Trapez fiel, auf dem er „arbeitete“, glücklicherweise, ohne mehr als den Bruch eines Mittelhandknochens davonzutragen. Er fiel jedoch auf den Hinterkopf, an dem noch jetzt zwei nicht mit dem Knochen verwachsene Narben sichtbar sind. Nach dem Falle war er längere Zeit bewusstlos. Am 3. Tage nachher soll ein Krampfanfall aufgetreten sein, der sich indessen nicht wiederholte. Seit dem Sturze leidet der Kranke an ängstlichen Befürchtungen eigenthümlicher Art. Wie er erzählt, tritt bei ihm, namentlich, wenn er sich in grösserer Gesellschaft befindet, unter heftigem Kopfdrucke die Angst auf, er könne etwa unanständige Reden, besonders Majestätsbeleidigungen, ausstossen, obgleich das seiner Gesinnung durchaus widerspreche. Bisweilen werde die Angst so gross, dass er sich das Taschentuch vor den Mund halte, um nur nichts zu sagen, doch habe er noch niemals wirklich etwas Strafbares ausgesprochen. Im letzten Jahre arbeitete er deswegen vorzugsweise im Auslande, wo er nicht zu fürchten brauchte, dass er wegen Beleidigung des Kaisers sofort verhaftet werde. Ferner hatte er beim Schliessen eines Briefumschlages regelmässig die Befürchtung, er müsse in

denselben hineinspucken, liess daher seine Briefe durch Andere schliessen. Bei der Fahrt über Heidelberg nach dem Süden, wo er erwartet wurde, sei es ihm. schlecht geworden; er habe die Besinnung verloren und nach Aussage der Mitreisenden auch Krämpfe gehabt. Dann habe ihn grosse Angst überfallen; er habe gefürchtet, verhaftet zu werden, sei ausgestiegen und ans Wasser gelaufen. Ueber diese letzten Ereignisse weiss der Kranke keine genaue Auskunft zu geben; sonst aber bietet er ausser etwas gedrückter Stimmung keine psychische Störung mehr dar. Auf körperlichem Gebiete ist eine leichte Pulsbeschleunigung, ferner grosse Lebhaftigkeit der Muskelerregbarkeit sowie der Haut- und Sehnenreflexe, ferner Ueberempfindlichkeit der Haut, namentlich gegen Kältereize, zu bemerken; der Kniesehnenreflex ist links viel stärker als rechts.

Der Zusammenhang der hier geschilderten Störungen mit dem Unfalle ist offenbar schon zeitlich weit lockerer, als im vorigen Falle. Auch das Krankheitsbild zeigt keine innere Beziehung mehr zu der erlittenen Gemüthserschütterung, sondern bietet Züge, die wir häufig genug auch ohne eine derartige äussere Ursache beobachten, Krämpfe, Bewusstseinstrübungen, Angstzustände, Zwangsbefürchtungen. Während uns bei dem vorigen Kranken schon die Art seiner Beschwerden auf die Vermuthung hätte führen können, dass ein heftiger Schreck voraufgegangen sein müsse, liegt hier zunächst gar kein Anlass für eine derartige Annahme vor. Wir dürfen daraus schliessen, dass hier der Unfall nicht als die eigentliche Ursache, sondern nur als Auslösung der Krankheitserscheinungen anzusehen ist, deren tiefere Grundlage die besondere Veranlagung des Kranken bildete. Die Krämpfe, der Dämmerzustand, die Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe wie die Empfindlichkeit gegen Kältereize deuten auf einen hysterischen Ursprung hin, während die krankhaften Befürchtungen mehr einem anderen, aber der Hysterie nahe verwandten und gelegentlich mit ihr zusammenfliessenden Krankheitsbilde angehören, das wir später noch näher kennen lernen werden.

In diesem Falle ist es demnach vollauf gerechtfertigt, von einer traumatischen Hysterie zu sprechen, in dem Sinne, dass durch den Unfall hier nicht etwa die Hysterie, sondern nur das besondere hysterische Krankheitsbild erzeugt worden ist. Diese Begriffsbestimm-

ung ist von erheblicher Bedeutung für die Beurtheilung der Aussichten, die unser Fall für die Zukunft bietet. Während sich bei den schwereren Formen der Schreckpsychose, die eine tiefgreifende Umwälzung in der gesammten Gemüthslage zur Folge haben, die Störungen nur langsam, unter Umständen überhaupt nicht mehr verlieren, wissen wir, dass hysterische Erscheinungen einerseits schärfer umgrenzt, andererseits aber ungemein beeinflussbar und wechselvoll zu sein pflegen. Auch bei sehr langer Dauer können sie durch irgend welche psychische Einwirkungen ebenso plötzlich wieder verschwinden, wie sie entstanden sind. Wir werden daher in unserem Falle viel eher darauf rechnen dürfen, durch geeignete psychische Behandlung eine rasche Besserung zu erzielen, als bei dem vorigen Kranken. Freilich werden wir, da wir nur die Erscheinungen, nicht aber die hysterische Veranlagung beseitigen können, darauf gefasst sein müssen, dass früher oder später mit und ohne Anlass bei dem Kranken ähnliche Störungen wieder einmal hervortreten*).

XXVI. Vorlesung.

Hysterisches Irresein.

M. H.! Das sorgfältig in schwarz gekleidete, 30jährige Fräulein, das, auf eine Wärterin gestützt, mit kleinen, schlürfenden Schritten in den Saal tritt und wie erschöpft auf den Sessel sinkt, macht einen leidenden Eindruck. Die schlanke Gestalt ist leicht in sich zusammengesunken; die Gesichtszüge sind bleich, etwas schmerzlich verzogen, die Augen niedergeschlagen; die schmalen, wohlgepflegten Finger spielen nervös mit einem Taschentuche. Die Kranke antwortet auf die an sie gerichteten Fragen leise, mit müder Stimme, ohne aufzusehen; wir erkennen dabei, dass sie über

*) Wir haben den Kranken einer hypnotischen Behandlung unterzogen, die sehr leicht gelang und sofort alle seine Beschwerden beseitigte. Leider konnten wir ihn nur noch eine Woche beobachten.

Ort, Zeit und Umgebung völlig klar ist. Schon nach wenigen Minuten schliessen sich plötzlich die Augen der Kranken fest; der Kopf sinkt vornüber, und die Kranke scheint in einen tiefen Schlaf zu verfallen. Die Arme sind ganz schlaff geworden, fallen wie gelähmt herunter, wenn man sie erhebt. Die Kranke antwortet nicht mehr; beim Versuche, ihr die Lider zu öffnen, fliehen die Augäpfel nach oben. Nadelstiche rufen nur leichtes Zusammenzucken hervor. Auf Anspritzen mit kaltem Wasser dagegen erfolgt ein tiefer Athemzug; die Kranke fährt auf, öffnet die Augen, sieht sich verwundert um und kommt allmählich wieder zu sich. Wir erfahren von ihr, dass sie soeben einen ihrer „Schlafanfälle" gehabt hat, an denen sie schon seit 7 Jahren leidet. Diese Anfälle kommen ganz unregelmässig, oft viele an einem Tage, und dauern einige Minuten bis zu einer halben Stunde.



Ueber ihre Lebensgeschichte theilt uns die Kranke mit, dass ihre Eltern schon vor 16 Jahren rasch nach einander gestorben sind. Ein Stiefbruder des Vaters machte einen Selbstmordversuch; ein Bruder der Kranken ist ein höchst abenteuerlicher Sonderling. Hinzuzufügen ist, dass zwei andere Geschwister einen sehr nervösen Eindruck machen. Sie selbst lernte in der Schule leicht, wurde in klösterlichen Erziehungshäusern unterrichtet und bestand die Erzieherinnenprüfung. Als junges Mädchen athmete sie gegen Zahnschmerzen viel Chloroform ein, das sie sich heimlich zu verschaffen wusste. Später wurden ihr Wucherungen aus der Nase entfernt, wodurch eine Besserung der Kopfschmerzen eintrat, an denen sie bis dahin sehr gelitten hatte. Bei fieberhaften Krankheiten gerieth sie sehr leicht in deliriöse Zustände. Vor 3 Jahren nahm sie eine Stellung als Erzieherin in Holland an, fing aber bald an, zu kränkeln, und befindet sich während der letzten 7 Jahre mit kurzer Unterbrechung, während derer sie eine Stellung in Mähren inne hatte, in den verschiedensten Krankenhäusern.

Aus den Angaben der Angehörigen und Aerzte lässt sich feststellen, dass die Kranke an den mannichfaltigsten Beschwerden gelitten und die merkwürdigsten Kuren durchgemacht hat. Wegen heftiger Schmerzen im Unterleibe und Menstruationsstörungen, die auf Stenose des Cervicalkanals und Retroflexion des Uterus zurückgeführt wurden, ist vor 5 Jahren eine Keilexcision und die Einlegung eines Pessars vorgenommen worden. Später stellten sich

Stimmlosigkeit, Contractur des rechten Vorderarms und des linken Oberschenkels ein, die mit Massage, Elektricität, Bandagen und Streckung in der Narkose behandelt wurden. Ferner traten Herzbeklemmungen und Athemkrämpfe auf, rasch vorübergehende Lähmungen in den verschiedensten Muskelgebieten, Störungen beim Harnlassen, Durchfälle, Schmerzen und unangenehme Empfindungen bald in diesem, bald in jenem Körpertheile, namentlich aber Kopfschmerzen. Zugleich machte sich ein ausserordentlich starker und unvermittelter Wechsel der Stimmung bemerkbar, Einschränkung des Interessenkreises auf den eigenen leidenden Zustand, Klagen über mangelnde Berücksichtigung durch die Umgebung und die Angehörigen, obgleich diese Letzteren die grössten Opfer für die Kranke gebracht hatten. Soolbäder, Russische Bäder, Fichtennadelbäder, Elektricität, Landluft, Sommerfrischen, schliesslich Aufenthalt an der Riviera — alles war versucht worden, meist ohne oder doch nur mit ganz vorübergehendem Erfolge.

Den letzten Anlass zur Verbringung der Kranken in die Klinik gab vor 2 Jahren die Zunahme der „Schlafanfälle", die zuletzt auch im Stehen auftraten und bis zu einer Stunde dauern konnten. Die Kranke fiel dabei nicht um, sondern lehnte sich einfach irgendwo an. Auch hier in der Klinik setzten sich diese Anfälle fort; ausserdem wurden noch Athmungskrämpfe beobachtet, die durch Suggestion beeinflusst werden konnten. Bei hypnotischen Versuchen wurde nur Hypotaxie erzielt; Heilsuggestionen erwiesen sich nicht als nachhaltig. Dagegen waren kalte Uebergiessungen und der faradische Strom ziemlich wirksam, auch gegen die hie und da auftretenden Lähmungen. Nach 8monatlichem Aufenthalte kehrte die Kranke zunächst zu ihrer Schwester zurück. Sie musste jedoch schon nach wenigen Monaten in eine andere Irrenanstalt gebracht werden, wo sie etwa 1 Jahr blieb, um dann nach kurzem Aufenthalte in der Familie wieder zu uns zurückzukehren.

Während dieses jetzigen Aufenthaltes sind ausser den früheren Beschwerden noch sog. „grosse" Anfälle bei der Kranken aufgetreten. Wir wollen versuchen, durch Druck auf die sehr empfindliche linke Ovarialgegend einen solchen Anfall auszulösen. Nach 1—2 Minuten mässig starken Drückens, bei dem die Kranke lebhaften Schmerz äussert, verändert sich ihr Gesichtsausdruck. Mit geschlossenen Augen wirft sie sich hin und her, schreit laut,

meist französisch, man solle sie nicht anrühren. „Du darfst mir nichts thun, Du Hund, cochon, cochon!“ Sie ruft um Hülfe, wehrt mit den Händen ab, windet sich, wie um einem geschlechtlichen Angriffe zu entgehen. Bei jeder Berührung steigert sich die Erregung. Dabei ist der ganze Körper stark hintenüber gestreckt. Plötzlich ändert sich das Bild; die Kranke bittet flehentlich, sie nicht zu verfluchen, jammert und schluchzt laut. Auch dieser Zustand lässt sich durch Angiessen mit kaltem Wasser sehr rasch beseitigen. Die Kranke schrickt zusammen, erwacht mit einem tiefen Seufzer und sieht starr um sich, macht nun einen müden, unbesinnlichen Eindruck. Aufschluss über das Vorgefallene vermag sie nicht zu geben.

Die körperliche Untersuchung der Kranken ergiebt ausser den bereits erwähnten Abweichungen zur Zeit keine besonderen Störungen; nur besteht grosses allgemeines Schwächegefühl, in Folge dessen die Kranke vielfach das Bett hütet oder sonstwie herumliegt; alle Bewegungen sind schlaff und kraftlos, ohne dass irgendwo eine Lähmung bestünde. Der Schlaf ist vielfach sehr schlecht; die Kranke wandert zeitweise Nachts herum, weckt die Wärterinnen, schickt zum Arzte. Auch der Appetit ist sehr mässig, doch hat die Kranke die Neigung, neben den Mahlzeiten alle möglichen Kuchen, Früchte, Compots zu naschen, die ihr von ihren Angehörigen auf ihre dringenden Bitten geliefert werden.

Was uns an diesem Krankheitsbilde vor allem ins Auge fällt, ist einerseits das anfallsweise Kommen und Gehen einer ganzen Reihe von verschiedenartigen Störungen, andererseits die Beeinflussbarkeit derselben durch äussere Einwirkungen. Diese beiden Eigenthümlichkeiten lehren uns sofort mit aller Bestimmtheit, dass wir es hier mit jener Erkrankung zu thun haben, die man als Hysterie bezeichnet. Das Wesen derselben ist, wie mir scheint, darin zu suchen, dass alle Störungen auf psychischem Wege, durch Vermittelung von Vorstellungen mit ungemein starker Gefühlsbetonung entstehen. Unter der ganzen bunten Reihe von Erscheinungen ist keine einzige, die nicht durch heftige gemüthliche Erschütterungen hervorgerufen werden könnte. Krankhaft ist dabei nur der Umstand, dass diese Störungen auch dann auftreten, wenn gar kein oder doch nur ein äusserst geringfügiger Anlass zu gemüthlicher Erregung voraufgegangen ist. Bei den „grossen Anfällen“ wieder-

holen sich in traumhafter Erinnerung Vorgänge, die sich nach der Erzählung der Kranken früher abgespielt haben sollen. Es handelt sich dabei einmal um eine gynäkologische Untersuchung, die ein Holländischer Arzt in sehr roher Weise mit ihr vorgenommen haben soll, andererseits um einen Fluch, den ihre Tante auf sie geschleudert habe.

Ganz besonders deutlich aber wird die Entstehung aller Störungen aus gefühlsstarken Vorstellungen durch die Thatsache, dass sie durch psychische Einflüsse sofort wieder beseitigt werden können. Sehr lehrreich war eine Contractur der rechten Hand, die bei der Kranken durch die gelegentliche Frage ihres früheren Arztes nach dieser früher öfters bei ihr beobachteten Störung hervorgerufen wurde. Schon am nächsten Tage war die Hand so krampfhaft geschlossen, dass die Nägel in die Haut eindrangen. Nach einer kurzen Belehrung über die Metallotherapie erzielte ein auf die Handwurzel gelegtes Goldstück, dann auch ein Schlüssel die Lösung der Spannung. Noch besser und nachhaltiger wirkte allerdings der faradische Pinsel. Der Schlaf, auf den wirkliche Schlafmittel fast gar keinen Einfluss hatten, wurde durch destillirtes Wasser mit harmlosen Zusätzen oder durch Zuckerpulver vorzüglich beeinflusst; ebenso wichen alle die übrigen wechselnden Beschwerden derartigen, nur auf die Einbildung wirkenden Massregeln. Allerdings waren alle Erfolge nur vorübergehende, wie es dem ewig schwankenden Verhalten der Gefühle entspricht; nach einigen Stunden oder Tagen kehrte mit oder ohne äusseren Anstoss dieses oder jenes alte Krankheitszeichen wieder.

Diese Launenhaftigkeit der hysterischen Erscheinungen verführt nur zu leicht zu der Annahme zielbewusster künstlicher Mache. Allein viele der beobachteten Störungen sind willkürlich kaum oder überhaupt nicht nachzuahmen; andere werden nur zufällig entdeckt, da sie den Kranken gar nicht zum Bewusstsein kommen, wie namentlich die Einschränkung bestimmter Wahrnehmungsgebiete. Gerade dieser Umstand scheint mir geeignet, die Annahme zu stützen, dass wir es überall mit den unwillkürlichen Wirkungen von lebhaften Gefühlen zu thun haben.

Auf der anderen Seite wird die Krankhaftigkeit des Gesammtzustandes auch da, wo wirklich einmal Störungen vorgetäuscht oder stark übertrieben werden, durch die ganze Lebensführung der

Kranken dargethan. Unsere Kranke ist trotz ihrer recht guten geistigen Veranlagung durchaus nicht im Stande gewesen, auf die Dauer irgend eine Stellung im Leben auszufüllen, sondern ist nun schon seit vielen Jahren aus den Händen eines Arztes in die des anderen gewandert. Wir erkennen darin die tiefe Willensstörung, die wir bei Hysterischen niemals vermissen. Trotz der meist ganz masslosen Klagen über das eigene Leiden, mit denen auch unsere Kranke immer und immer wieder in Worten und Briefen die Aerzte überschüttet, fehlt ihr doch völlig die Fähigkeit, thatkräftig nach Ueberwindung der krankhaften Erscheinungen zu streben. Das Leiden gewährt ihr vielmehr eine gewisse Genugthuung, und sie widerstrebt unwillkürlich, wenn man zu seiner Beseitigung schreitet. Daher das Auftreten immer neuer und merkwürdigerer Störungen, daher die Uebertreibungen, die Arztbedürftigkeit, der brennende Wunsch, den eigenen Zustand gehörig beachtet zu sehen, weil das Kranksein im Grunde zu einem Lebensbedürfnisse geworden ist.

Mit der wachsenden Meisterschaft im Kranksein schränkt sich die gemüthliche Antheilnahme der Kranken immer mehr auf die selbstsüchtige Förderung der eigenen Wünsche ein. Rücksichtslos sucht die Kranke von ihrer Umgebung die sorgfältigste Beachtung zu erzwingen, nöthigt bei dem geringsten Anlasse Tags oder Nachts den Arzt, sich mit ihr zu beschäftigen, ist äusserst empfindlich gegen jede vermeintliche Vernachlässigung, eifersüchtig auf die Bevorzugung anderer Kranker, sucht durch Klagen, Verdächtigungen, Wuthausbrüche das Wartpersonal gefügig zu machen. Die Opfer, die von Anderen, insbesondere von der Familie gebracht werden, betrachtet sie als ganz selbstverständlich, und die bisweilen überschwänglichen Dankesäusserungen dienen nur dazu, neuen Forderungen den Weg zu bahnen. Um sich die Theilnahme der Umgebung zu sichern, greift sie zu immer stärkeren Schilderungen ihrer leiblichen und geistigen Qualen, zu theatralischer Ausschmückung ihrer Anfälle, wirkungsvoller Beleuchtung ihrer Person. Sie bezeichnet sich als die Verworfene, Ausgestossene, macht in geheimnissvollen Andeutungen Geständnisse über schauerlich-reizvolle Erlebnisse und Verfehlungen, die sie nur dem verschwiegenen Busen des Arztes und Seelenfreundes anvertraut.

Das hysterische Irresein ist der Ausdruck einer eigenartigen krankhaften Veranlagung und kann durch äussere

Anlässe wohl zur weiteren Entwicklung gebracht, nicht aber erzeugt werden. Bei unserer Kranken reichen die Anfänge des Leidens bis in die Jugend zurück. Wir werden daher auch nicht erwarten dürfen, dass es der Behandlung etwa gelingen werde, eine Umwandlung der Persönlichkeit zu bewirken. Derartige Kranke, bei denen sich neben den sonstigen Zeichen der Hysterie auch die selbstsüchtige Entwicklung des Fühlens und Wollens eingestellt hat, pflegen dauernd das Kreuz ihrer Angehörigen und Aerzte zu bilden. Die einzelnen Erscheinungen der Krankkeit können wohl wechseln, aber der Mutterboden, aus dem sie immer wieder hervorwachsen, bleibt im wesentlichen unverändert*).

Wie weit die ersten Zeichen der Hysterie zurückreichen können, mag Ihnen das Beispiel eines 5jährigen Mädchens zeigen, das uns vor wenigen Tagen zugeführt wurde. Wie Sie sehen, ist das Kind zwar klein für sein Alter, aber gut genährt. An den gekrümmten Unterschenkeln und den verdickten Epiphysen erkennen Sie die Spuren früherer Rhachitis. Das Kind fasst gut auf, ist lebhaft, zuthunlich, erkennt die ihm vorgezeigten Bilder und Gegenstände rasch und sicher und giebt flotte Antworten, wenn auch seine Kenntnisse vielleicht nicht ganz seinem Alter entsprechen. Auffallend ist eine gewisse Unruhe, die Neigung, herumzuspielen, zu schwatzen, Gesichter zu schneiden. Die Stimmung ist vorwiegend heiter, schlägt aber auch leicht in Weinen und in zornigen Eigensinn um. Sehr deutlich treten bei dem Kinde erotische Neigungen hervor. Es fasst und streichelt gern die Hände der Aerzte, versichert, dass es sie ganz besonders gern habe, hält sich scherzend die Hände vor das Gesicht, blinzelt dabei zwischen den Fingern durch, sucht die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. In seinem sonstigen Benehmen ist das Kind natürlich, isst manierlich, spielt gern, hält sich sauber. Mit seiner Umgebung hat es sich bald völlig bekannt gemacht. Abends kostet es gewöhnlich Mühe, die Kleine zu Bett zu bringen, da sie lieber aufbleiben und sich unterhalten möchte. Sie wird dann bisweilen sehr böse, weint und kratzt, wenn man ihr nicht den Willen thut.

Den Anlass zu ihrer Verbringung in die Klinik gaben Anfälle, die sich schon vor 2 Jahren nach einer Influenza bei dem

*) Die Kranke ist nach 1jährigem Anstaltsaufenthalte psychisch unverändert an Lungenschwindsucht gestorben.

aus einer gesunden Familie stammenden, aber stark an Rhachitis leidenden Kinde einstellten. Nach voraufgehenden Bauchschmerzen, Athemnoth, Röthung des Kopfes, Schweissausbruch und Herzklopfen schlief das Kind ein, war blass und wie todt, konnte aber durch Anspritzen mit Wasser wieder erweckt werden, ohne sich nunmehr des Vorgefallenen zu erinnern. Aehnliche Anfälle traten in der Folgezeit zunächst nach mehreren Wochen, später immer häufiger auf, zuletzt in Reihen von 5—6 an einem Tage. Der vorletzte Anfall stellte sich vor 4 Wochen ein. Das Kind kam dann in ein Krankenhaus, wo sich der Anfall vor 14 Tagen noch einmal wiederholte; seitdem wurde keiner mehr beobachtet. In seiner geistigen Entwicklung soll das Kind zurückgeblieben sein, namentlich vieles vergessen haben, was es früher schon wusste. Es wurde längere Zeit wegen einer ansteckenden Kolpitis behandelt, die es von einer kleinen Freundin aufgefangen hatte.

Leider sind wir nicht in der Lage gewesen, einen der geschilderten Anfälle selbst zu beobachten. Es kann aber nach der Beschreibung kaum bezweifelt werden, dass es sich um hysterische Erscheinungen gehandelt hat. Dafür spricht neben der leichten Form und der kurzen Dauer der Anfälle ihre Beeinflussbarkeit durch Anspritzen mit Wasser, dann aber die ausserordentliche Häufung derselben in der letzten Zeit und das fast völlige Ausbleiben im Krankenhause, nachdem sie vorher oft schon nach 3—4 Tagen wiedergekehrt waren. Neben diesen Anfällen besteht eine eigenthümliche Veränderung des Wesens, grosse Lebhaftigkeit, jäher Wechsel der Stimmung und die Neigung, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, endlich mangelhafte geistige Entwicklung, Züge, denen wir häufig genug bei krankhaft veranlagten und schwierig zu erziehenden Kindern begegnen. Wenn wir das übrigens nicht sehr bedeutende Zurückbleiben der geistigen Ausbildung wohl mit Recht auf die Kränklichkeit des Kindes überhaupt zurückführen können, entsprechen die sonstigen Eigenthümlichkeiten der Kranken völlig denjenigen, denen wir bei erwachsenen Hysterischen begegnen; sie dürften daher in tieferer Beziehung zu dem Leiden stehen, dessen Ausdruck die Anfälle bilden. Diese krankhafte Störung im ganzen Wesen des Kindes weist uns auf die Möglichkeit einer späteren Weiterentwicklung des Leidens hin. Sonst lehrt die Erfahrung im allgemeinen, dass leichtere hysterische Erscheinungen

bei Kindern mit ihrer grossen gemüthlichen Beeinflussbarkeit recht häufig sind, ohne dass es darum späterhin immer zur Ausbildung schwererer hysterischer Erkrankungen kommen müsste. Oft genug verlieren sich die Störungen bei geeigneter psychischer Behandlung vollständig wieder. Am besten wirkt in der Regel die Versetzung aus der Familie in eine andere Umgebung, etwa in ein Krankenhaus, ferner die Nichtbeachtung der Störungen, endlich vielfach eine einfache Suggestivbehandlung mit oder ohne Hypnose, die gerade hier oft sehr rasch und sicher dauernde Erfolge erzielt, während sie bei Erwachsenen meist nur vorübergehend wirkt oder auch völlig versagt*).

Die Hysterie hat man früher, wie die Ableitung des Namens aus der griechischen Bezeichnung für Gebärmutter darthut, für eine Krankheit des weiblichen Geschlechtes gehalten. Wenn es nun auch richtig ist, dass bei diesem letzteren wegen seiner grösseren gemüthlichen Erregbarkeit leichter jene Beeinflussungen der körperlichen und geistigen Vorgänge durch gefühlsstarke Vorstellungen zu Stande kommen, die uns den Schlüssel zum Verständnisse der hysterischen Erscheinungen liefern, so ist doch die männliche Hysterie durchaus keine Seltenheit. Allerdings pflegen ihre Aeusserungen im allgemeinen einförmigere zu sein. Ich zeige Ihnen hier einen 50jährigen Mann, der uns vor nahezu 4 Wochen zur Untersuchung seines Geisteszustandes zugeführt wurde, nachdem er ohne erkennbaren Beweggrund und in unsinniger Weise eine Brandstiftung verübt hatte. Er war in angetrunkenem Zustande nach Hause gekommen und hatte dann auf dem Speicher des von ihm bewohnten Hauses sowie eine Treppe tiefer allerlei altes Gerümpel mit Petroleum getränkt, auch einiges davon angezündet und zwar gerade nicht ihm gehörige Sachen. Seiner schwer kranken Frau, die ihn fragte, wo er gewesen sei, gab er ausweichende Antwort und legte sich zu Bett. Der Brand, der leicht grosse Ausdehnung gewinnen und das Leben seiner eigenen Tochter gefährden konnte, wurde sehr bald entdeckt, ebenso die von seinen erdölgetränkten Strümpfen herrührende Spur, die bis in sein Schlafzimmer führte. Bei seiner Verhaftung gab der Kranke seine

*) Das Kind ist einige Jahre später für 6 Jahre in eine Idiotenanstalt geschickt und von da gut entwickelt entlassen worden.

Schuld zu, wusste sich aber an die Einzelheiten der That nicht mehr zu erinnern.

Die Mutter des Kranken war geisteskrank; ein Neffe desselben war hier in der Klinik. Er selbst erlitt mit 19 Jahren einen Unfall mit Verletzung des Kopfes, einen weiteren mit Bruch zweier Rippen vor 12 Jahren. Seit jener Zeit ist er verändert. Sofort nach dem zweiten Unfalle fiel sein wehleidiges, ängstliches Wesen auf; er klagte viel über Schmerzen und Beklemmungen, obgleich der Befund dafür keine ausreichende Erklärung gab, fürchtete, nie wieder arbeitsfähig zu werden. In der That blieb seine Leistungsfähigkeit dauernd eine niedrige, so dass er eine Invalidenrente von 30—50% bezog. Er arbeitete nur zeitweise, liess sich meist von seiner Frau ernähren, zog planlos in der Stadt herum, sass in den Wirthshäusern und trank, nahm zeitweise kleine Beträge aus der Kasse, um sie zu vertrinken, obgleich die Familie in immer misslichere Verhältnisse gerieth. Mehrfach, namentlich wenn er getrunken hatte, traten bei ihm Anfälle auf, in denen er sich auf dem Boden wälzte, um sich schlug und den Athem verlor. In der letzten Zeit liess sein Gedächtniss nach; er kümmerte sich gar nicht mehr um den Gelderwerb, sondern überliess alles seiner jungen, kränklichen Tochter.

Bei der Aufnahme in die Klinik war der Kranke ziemlich unklar, musste sich auf einfache Dinge aus der Vergangenheit lange besinnen. Er sei nicht mehr der halbe Mensch wie früher, meinte er selbst in weinerlicher Stimmung. Auf körperlichem Gebiete fiel Herabsetzung der Empfindlichkeit am ganzen Körper, Steigerung der Reflexe, kauende, scandirende Sprache, ungemein starkes Zittern der Glieder und plumpe Ungeschicklichkeit aller Greifbewegungen auf. In den nächsten Tagen stellte sich starke Unruhe mit lebhaften Gesichtstäuschungen ein. Der Kranke sah Thiere, besonders schwarze Käfer, in Massen herumlaufen und fliegen und verlor dabei völlig die Klarheit über seinen Aufenthaltsort. Erst nach fast einer Woche gewann er mit dem Schwinden der Täuschungen die Orientirung wieder. Offenbar handelte es sich um ein Delirium tremens. Nach Ablauf desselben wurden zweimal Anfälle beobachtet, die der Schilderung der Tochter entsprachen. Der Kranke klagte über Unwohlsein, sank dann zu Boden, streckte sich steif aus, schlug mit den Armen

um sich, wälzte sich herum, bohrte den Kopf rückwärts in die Kissen. Die Augen waren krampfhaft geschlossen, die Pupillen weit mit undeutlicher Reaction auf Licht. Bei gewaltsamem Oeffnen der Augen flohen die Augäpfel nach oben; auf Stechen mit einer Nadel, Anspritzen mit Wasser, Betupfen der Lippen mit Chininlösung erfolgten Abwehrbewegungen. Herantreten des Arztes an das Bett verschlimmerte den Anfall, während rasch Beruhigung eintrat, sobald man den Kranken unbeachtet liess. Die Erinnerung erschien nachher vollständig erloschen.

Zur Zeit ist der Kranke besonnen, klar, geordnet, wenn auch etwas schwerfällig in seinen Angaben. Er erzählt mit grosser Breite von seinen Unfällen und den dadurch hervorgerufenen Beschwerden. Seine Kenntnisse sind gering. Die Stimmung entspricht nicht ganz seiner Lage. Der Kranke macht sich nicht viel Gedanken über dieselbe, hat allerlei Pläne und gute Vorsätze für die Zukunft, ist aber leicht zum Weinen zu bringen. Auf körperlichem Gebiete ist noch stockende Sprache, sehr starkes Zittern der Hände und Ungeschicklichkeit der Bewegungen nachweisbar, die sich deutlich steigert, wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken darauf lenkt. Die Schrift ist in Folge dessen kaum leserlich. Die Empfindlichkeit für Berührungen und Nadelstiche ist am ganzen Körper etwas herabgesetzt, ohne dass sich bestimmte ganz unempfindliche Gegenden abgrenzen liessen. Geruchs- und Geschmacksempfindungen lassen sich nur langsam und schwach auslösen. Das Gesichtsfeld ist um mehr als die Hälfte eingeschränkt.

Die bei unserem Kranken beobachteten Anfälle lassen keine andere Deutung zu, als dass er an Hysterie leidet. Auch die übrigen körperlichen Störungen fügen sich ohne Schwierigkeit in das Bild der Hysterie ein. Bemerkenswerth ist namentlich, dass sowohl die Anfälle wie die Bewegungsstörungen in sehr auffallender Weise durch den Arzt beeinflusst werden können. Insbesondere ist die Unbehülflichkeit beim Schreiben durch einige hypnotische Sitzungen ganz erheblich gebessert worden, so dass ihre psychische Entstehung durchaus sicher gestellt ist. Da alle diese Störungen sich bis zu dem zweiten Unfalle zurückverfolgen lassen, so haben wir hier höchst wahrscheinlich einen Fall von traumatischer Hysterie vor uns. Sehr bemerkenswerth ist es, dass damals eine

nennenswerthe Erschütterung des Gehirns gar nicht stattgefunden hat. Andererseits können die Schwäche des Armes, das Zittern, die Anfälle natürlich nicht durch die Rippenbrüche an sich hervorgerufen sein. Es wird somit hier ganz klar, dass nur die starke Gemüthsbewegung als Ursache oder wohl besser Auslösung der hysterischen Veränderung anzusehen ist.

Die Brandstiftung dürfte der Kranke in einem hysterischen Dämmerzustande begangen haben, der sich bei ihm, wie es scheint, unter dem Einflusse des Alkohols einstellte. Dieser Vorgang entspricht durchaus unseren sonstigen Erfahrungen. Wir wissen nicht nur, dass Brandstiftungen in hysterischen Dämmerzuständen recht häufig vorkommen, sondern namentlich auch, dass der Alkohol die Entwicklung hysterischer Störungen im allgemeinen wie im einzelnen sehr begünstigt. Eine weitere Folge des Alkoholmissbrauches bei unserem Kranken war das von uns beobachtete Delirium tremens; ferner haben wir dem Gifte wohl einen wesentlichen Antheil an der geistigen und sittlichen Schwäche zuzuschreiben, die sich im Laufe der Zeit bei dem Kranken herausgebildet hat und völlig der bekannten Verlumpung des Trinkers entspricht.

Endlich wollen wir noch darauf hinweisen, dass hier durch Gewährung der Rente nicht, wie das sonst vielfach geschieht, die Störungen beseitigt oder doch gemildert wurden; vielleicht ist auch dafür der Alkoholismus verantwortlich zu machen, der über den Kranken immer neue Sorgen gebracht und zugleich seine Widerstandsfähigkeit schwer geschädigt hat. Möglicherweise wird eine dauernde, völlige Entziehung des Alkohols noch jetzt eine gewisse Besserung bei dem Kranken herbeiführen können; wir dürfen uns aber nicht verhehlen, dass durch die Anzeichen der psychischen Schwäche die Aussichten für die Zukunft erheblich getrübt werden*).

---

*) Der Zustand des Kranken hat sich in der Klinik allmählich sehr gebessert, wenn auch ein gewisser Grad von Urtheilsschwäche und Rührseligkeit deutlich blieb. Er wurde mit Rücksicht auf seine Gefährlichkeit nach einem halben Jahre in eine Pflegeanstalt überführt und von dort später wieder entlassen.

XXVII. Vorlesung.

Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen.

M. H.! Mit der Betrachtung der Hysterie haben wir ein Gebiet krankhafter Seelenzustände betreten, in denen die eigenartige Veranlagung der Persönlichkeit als die wahre Grundlage des Leidens angesehen werden musste. Dem entsprechend hatten wir dort auch nicht mit einem eigentlichen Verlaufe der Krankheit zu rechnen, sondern mehr mit einer angeborenen, dauernden Veränderung des psychischen Verhaltens, welches den günstigen Boden für die Entwicklung einer Reihe verschiedenartiger Zwischenfälle abgiebt. Von der „hysterischen Veranlagung" führen nun alle möglichen Uebergänge zu anderen Formen der krankhaften Persönlichkeiten, der „dauernden psychopathischen Minderwerthigkeiten", wie Koch sie genannt hat, hinüber, von denen wir einige Beispiele näher ins Auge fassen wollen.

Sie sehen zunächst einen 31jährigen Lehrer vor sich, der vor 4 Wochen aus freien Stücken die Klinik aufgesucht hat, um sich hier behandeln zu lassen. Der schlank und hager gebaute Mann zeigt körperlich ausser einer niedrigen Stirn, einer geringen Pupillendifferenz, lebhaften Kniesehnenreflexen keine bemerkenswerthe Störung, doch ist sein Puls während der Untersuchung auf 120 Schläge gestiegen, ein Zeichen grosser gemüthlicher Erregbarkeit. In der That war der Kranke, als er hierher kommen sollte, in lebhafter Aufregung, sank auf das Bett nieder und meinte, die Besprechung in der Klinik werde ihm das Leben kosten. Er bat, sich schon vor Beginn der Stunde in den Saal setzen zu dürfen, um die Zuhörer allmählich kommen zu sehen, da er nicht so plötzlich vielen Menschen gegenübertreten könne.

Der Kranke ist völlig besonnen, klar, geordnet in seinen Angaben. Er erzählt uns, dass eine seiner Schwestern ähnlich leide wie er selbst. Die Entstehung seiner Krankheit führt er auf etwa 11 Jahre zurück. Da er sehr begabt war, wurde er Lehrer und musste viel geistig arbeiten, um seine Prüfungen zu bestehen. Allmählich stieg in ihm die Befürchtung auf, dass er ein schweres

Leiden habe und am Herzschlag sterben müsse. Alle ärztlichen Versicherungen und Untersuchungen konnten ihn nicht beruhigen. Daher kam er vor 7 Jahren eines Tages plötzlich aus seiner Stellung nach Hause, weil er fürchtete, rasch zu sterben. Später befragte er alle möglichen Aerzte, nahm wiederholt längeren Urlaub, erholte sich auch immer etwas, doch kehrten die Befürchtungen immer sehr bald wieder. Nach und nach gesellte sich die Scheu vor Menschenansammlungen hinzu; auch konnte er nicht allein über grosse Plätze oder durch weite Strassen gehen. Ferner vermied er aus Angst vor Zusammenstössen und Entgleisungen, die Eisenbahnen zu benutzen, wollte nicht in einem Kahne fahren, weil er umschlagen könnte. Auf Brücken, beim Schlittschuhlaufen befiel ihn Angst; schliesslich war es die Angst vor der Angst selbst, die ihm bei den verschiedensten Gelegenheiten sofort Herzklopfen und Beklemmungen verursachte. Auch nach seiner Verheirathung vor 3 Jahren wurde es nicht besser. Er lebte häuslich, war verträglich und lenksam, aber „nur zu weich". Auf dem Wege hierher, als er sich endlich entschlossen hatte, bei uns Besserung zu suchen, zitterte er vor Todesfurcht.

Der Kranke bezeichnet sich selbst als einen Hasenfuss, der bei guter geistiger Leistungsfähigkeit immer Angst vor allen möglichen Krankheiten gehabt habe, vor Schwindsucht, Herzschlag u. dergl. Er hat ein Verständniss für die Krankhaftigkeit dieser Besorgnisse, kann sich aber doch nicht davon frei machen. Auch während der Beobachtung in der Klinik trat diese Aengstlichkeit in sehr ausgeprägter Weise hervor. Bei jeder ärztlichen Massregel, Bädern, Einpackungen, Arzneien machte er sich Gedanken, ob das nicht etwa zu stark für ihn sei und schwächend wirke; er wünschte, dass immer ein Wärter in der Nähe sei für den Fall, dass er aufgeregt werde. Der Anblick anderer Kranker beunruhigte ihn lebhaft; als er in einem Garten mit geschlossener Thüre spazieren ging, quälte ihn die Furcht, dass er nicht hinaus könne, wenn ihm etwas zustosse. Schliesslich wagte er sich kaum vor das Haus, musste immer die geöffnete Thüre im Rücken haben, um sich im Nothfalle hineinflüchten zu können. Darum bat er, ihm ein Fläschchen „blaue Elektricität" zur Beruhigung mitzugeben, das er mit hereingebracht hatte. Bisweilen überfiel ihn im Sitzen plötzlich heftiges Herzklopfen. Einige kleine Aknepusteln setzten

ihn so in Angst, dass er ihretwegen weder spazieren gehen noch schlafen konnte. Ihm fiel auf, dass sein Blick so trübe geworden sei; er meinte, das sei der Anfang einer Geistesstörung, die ihn hier gewiss überfallen werde.

Manche Züge in diesem Krankheitsbilde erinnern an die Hysterie, namentlich die durch zufällige Eindrücke wachgerufenen wechselnden Krankheitsbefürchtungen. Dagegen fehlen einerseits die körperlichen Begleiterscheinungen der Hysterie; andererseits steht hier die wirkliche Angst, nicht nur vor Krankheit, sondern auch vor allen möglichen anderen Fährlichkeiten, im Vordergrunde, während die eigentliche Dulderfreudigkeit, die wir in der Hysterie oft so deutlich ausgeprägt sehen, vollständig fehlt. Dazu kommt die grosse Einförmigkeit der Krankheitsäusserungen. Wir werden daher den Fall jener dem hysterischen Irresein zwar verwandten, aber doch von ihr ziemlich deutlich unterschiedenen Gruppe von Krankheitszuständen zurechnen dürfen, die wir unter dem Namen des Zwangsirreseins zusammenfassen. Kennzeichnend für diese ungemein häufigen Formen krankhafter Veranlagung ist das Auftreten zwangsmässiger, durch Vernunftgründe nicht widerlegbarer Befürchtungen, die das Handeln des Kranken in ziemlich hohem Grade unterjocht haben. Er weiss recht gut, dass ihm vor der Klinik nichts Böses begegnen kann, aber die in ihm auftauchende Angst ist mächtiger, als alle Ueberlegung, und lässt sich eben nur durch das Bewusstsein in Schranken halten, dass die Thüre ihm für alle Fälle offen steht, oder dass er zur blauen Elektricität seine Zuflucht nehmen kann. Der Kreis dieser Befürchtungen, der hier die Platzangst, Brückenangst, Massenangst, Eisenbahnangst u. s. f. umfasst, kann je nach persönlicher Neigung und Erfahrung ein ganz verschiedener sein; bei Anderen sehen wir Schmutzangst, Giftangst, Nadelangst, Gewitterangst, Kleiderangst und eine Menge ähnlicher Formen auftreten.

Die Krankheit, um die es sich hier handelt, wurzelt tief in der gesammten Persönlichkeit, wie das auch der ganze bisherige Verlauf darthut. Sie pflegt sich früh zu entwickeln und mit grösseren oder geringeren Schwankungen das ganze Leben hindurch anzudauern. Nur selten und in den schwersten Fällen beobachten wir ein Fortschreiten der Erscheinungen bis zur völligen Zerstörung der geistigen Freiheit; die Kranken werden dann von ihren zwangs-

mässigen Beängstigungen so sehr in Anspruch genommen, dass durch diese das gesammte Denken, Fühlen und Handeln beherrscht wird. Meist vermag man durch Zuspruch und anderweitige psychische Behandlung eine gewisse Besserung der Erscheinungen herbeizuführen. Wir haben im vorliegenden Falle die Hypnose versucht, die, wie gewöhnlich bei derartigen Kranken, sofortige, aber kurzdauernde Erfolge brachte. Während der Kranke sich nach den ersten Sitzungen sehr erleichtert fühlte, knüpften sich nur zu bald die Befürchtungen auch an die neue Behandlung an. Er überzeugte sich, dass sie ihm nicht gut thue und verlor rasch den Glauben, der eben die Grundlage jenes Verfahrens bildet. Wir wollen jetzt versuchen, den Kranken durch planmässige Uebung immer mehr an den freien Verkehr ausserhalb der Klinik zu gewöhnen und so seine mannichfaltigen krankhaften Befürchtungen zu bekämpfen. Grosse Erwartungen dürfen wir freilich daran nicht knüpfen. Gerade für derartige Kranke wäre ein längerer Aufenthalt in einer der von Möbius vorgeschlagenen Nervenheilanstalten mit reichlicher Gelegenheit zu regelmässiger Arbeit unter ständiger ärztlicher Anleitung und Ueberwachung ausserordentlich am Platze, während ein längerer Aufenthalt in der Klinik mit ihren doch ganz andersartigen Aufgaben und Hülfsmitteln dem Kranken schwerlich viel Nutzen bringen wird*).



Einen weiteren, freilich ganz andersartigen Beitrag zur Kenntniss der Zwangsvorstellungen mag Ihnen ein 26jähriges Fräulein liefern, das vor 3 Wochen von ihren Angehörigen zu uns gebracht wurde. Das zart gebaute, mässig genährte, kränklich aussehende Mädchen zeigt einen leidenden, bekümmerten Gesichtsausdruck. Die Hände und Finger sind immerfort in leichter Bewegung und spiegeln eine gewisse innere Unruhe wider. Die Kranke ist ganz besonnen und klar, giebt aber nur einsilbige Auskunft. Ein Bruder ihrer Mutter ist geisteskrank. Sie selbst war gut beanlagt, lebhaft und fröhlich, erkrankte aber schon vor 10 Jahren an einer chronischen Fussgelenkentzündung, die ihr viel zu schaffen machte und sie zu jahrelanger ärztlicher Behandlung zwang. Auch jetzt

*) Wir haben den Kranken nach 7 Wochen in seine Familie zurückgeschickt, da die stete Beschäftigung mit Kurplänen und der Mangel an geregelter Thätigkeit entschieden ungünstig auf ihn wirkte; er ist jetzt seit 4 Jahren wieder im Dienste.

ist das Gehen wegen Gelenksteifigkeit noch sehr behindert und wird leicht schmerzhaft. Auf Befragen erklärt die Kranke, dass sie nicht geisteskrank, sondern nur eine schlechte Person sei, die man zum Teufel jagen werde, wenn man wisse, wie sie sich fortwährend versündige. Sie verdiene es nicht, dass man sie gut behandle, und könne es nicht ertragen, dass man sie als Kranke betrachte, während sie sich in Wirklichkeit nur verstelle. Nähere Angaben von ihr zu erhalten, gelingt nicht, da sie jedem Eindringen in ihre Gedankenkreise ausweicht. Nur das erfährt man von ihr, dass sie unwürdig zur Beichte gegangen sei und deshalb keine Ruhe finden könne, und wenn sie bis ans Ende der Welt gehe. Sie müsse fort, irgendwo hin, nur nicht nach Hause, wo sie gelogen und betrogen habe; auch hierbleiben könne sie nicht, da man viel zu gut gegen sie sei.

Soviel wir wissen, hat sich der hier bestehende Depressionszustand seit etwa 1—2 Jahren ganz allmählich entwickelt. Es fiel den Angehörigen der Kranken auf, dass ihre Stimmung rasch und unvermittelt wechselte. Sie äusserte gelegentlich religiöse Zweifel, wegen derer man sie zum Geistlichen, auch in einen Wallfahrtsort schickte. Man erreichte damit aber jedesmal nur eine Verschlimmerung des Zustandes. Die Unruhe wuchs; die Kranke verlor immer mehr Schlaf und Appetit und kam in Folge dessen allmählich sehr von Kräften. Sie fühlte sich mit schweren Sünden beladen, die sie aber doch nicht richtig bereuen könne; daher sei sie dem Teufel verfallen. Sie habe weder Wunsch noch Willen; alles sei ihr gleichgültig geworden. Ihr ganzes früheres Leben, alle ihre Vergehen ständen klar und scharf vor ihr, so dass sie sich selbst über ihr Gedächtniss wundern müsse. Sie müsse grübeln, habe unreine Gedanken, die ihr das Herz abstiessen. Deshalb arbeitete sie fieberhaft, um nur nicht denken zu müssen, obgleich ihr alles ungemein schwer wurde.

Von dem Inhalte ihrer quälenden Gedanken hat sie mir nach langem Sträuben Mittheilung gemacht. Es handelt sich um sehr lebhafte geschlechtliche Bilder, die sich ihr immerfort in peinlichster Weise aufdrängen. Jeder Gegenstand, den sie sieht, erinnert sie an männliche Genitalien, ein Griff, ein kurzer Stab u. dergl. Bei einer Binde muss sie daran denken, dieselbe um ein männliches Glied zu wickeln; ein Crucifix löst in ihr die Vorstellung aus, den Schurz auf-

zuheben und die Gestalt zu manustupriren. Derartige, in mannichfachster Form denselben Gegenstand betreffende Gedanken verfolgen sie unablässig, ohne dass sie im Stande ist, sie zurückzudrängen. Daher meint sie, eigentlich wolle sie doch wohl solche Gedanken haben; sie müsse doch Freude daran empfinden; sonst würden sie nicht kommen. Es ist ungemein schwer, die Kranke von ihren peinigenden Selbstquälereien abzulenken; sie kommt immer wieder darauf zurück. Zu lesen oder sich sonst geistig zu beschäftigen, ist sie fast ganz ausser Stande, da sich an jede, noch so fernliegende Gedankenreihe durch die merkwürdigsten Verknüpfungen sofort jene geschlechtlichen Vorstellungen anschliessen. In ihrem gesammten Denken ist die Kranke schwerfällig und langsam; sie hat immer erst grosse Widerstände zu überwinden, wenn sie nur einen einfachen Brief schreiben soll. Den ärztlichen Anordnungen fügt sie sich im allgemeinen, hat aber dabei eine Menge von Eigenheiten. Die Bäder machen ihr Schmerzen; Fleisch ist ihr nicht gut; ihre ganze Lebensweise muss sich in bestimmten Bahnen bewegen, wenn es mit ihr nicht schlechter werden soll. Körperliche Störungen sind ausser Steifigkeit, Schwellung und Schmerzen im linken Sprunggelenke und einer schon seit vielen Jahren bestehenden Neigung zur Verstopfung nicht hervorgetreten. Der Schlaf ist sehr mangelhaft.

Haben wir es bei unserem vorigen Kranken mit ängstlichen Befürchtungen verschiedensten Inhaltes zu thun gehabt, so sehen wir hier eine bestimmte Gruppe peinlicher Vorstellungen, bisweilen mit Antrieben verknüpft, sich der Kranken zwangsmässig aufdrängen. Auch hier werden wir annehmen dürfen, dass die unangenehmen Gedanken gegen den Willen der Kranken auftauchen und nicht etwa absichtlich von ihr festgehalten werden. Wenn sie auch selbst meint, dass sie jene Dinge doch wohl denken wolle und demgemäss dafür verantwortlich sei, so ist es doch klar, dass sie lebhaft wünscht, von ihren quälenden Gedanken befreit zu werden, sich aber derselben nicht zu erwehren vermag. Ist demnach eine gewisse Aehnlichkeit der Krankheitszeichen in beiden Fällen unverkennbar, die noch deutlicher in der Anknüpfung hypochondrischer Befürchtungen an die ärztlichen Massnahmen hervortritt, so werden wir uns andererseits auch nicht die Unterschiede in dem sonstigen klinischen Verhalten beider Kranken verhehlen

dürfen. Dahin gehört zunächst die kurze, aber rasch fortschreitende Entwicklung des Krankheitsbildes hier, im Gegensatze zu dem sehr einförmigen, geringe Schwankungen darbietenden Zustande dort, ferner die grosse innere Unruhe bei unserer Kranken, die starke Beeinträchtigung des körperlichen Allgemeinbefindens, endlich die stark ausgeprägten Versündigungsideen, die Erschwerung des Denkens sowie die tiefe gemüthliche Ergriffenheit, die mit dem Gefühle der inneren Theilnahmlosigkeit in bemerkenswerthem Widerspruche stand.

Alle diese Zeichen deuten, wie ich glaube, darauf hin, dass wir es hier nicht, wie bei dem früheren Kranken, mit einem dauernden Zustande, sondern mit einem Krankheitsvorgange zu thun haben, bei dem wir demgemäss auch einen bestimmten Ablauf erwarten dürfen. Aus dem Inhalte und der Form der Zwangsvorstelluugen selbst dürfen wir diesen Schluss nicht ziehen. Vielmehr könnten dieselben ganz ebenso als der Ausdruck einer auf krankhafter Veranlagung beruhenden dauernden „psychopathischen Minderwerthigkeit“ auftreten. Dagegen sind es die angeführten klinischen Begleiterscheinungen, die uns zu einer andersartigen Deutung des Bildes nöthigen. Sie haben hier, wie ich denke, wieder einen der häufigen Belege für den Satz vor Sich, dass ein einzelnes Zeichen, und sei es noch so eigenartig, niemals ohne weiteres zu einer bestimmten Diagnose berechtigt, sondern dass immer nur das Gesammtbild für die klinische Auffassung massgebend sein darf.

Wir stehen indessen nun noch vor der Frage, welchem Krankheitsvorgange unser Fall angehört. Nach den in diesen Vorlesungen vertretenen Anschauungen werden wir namentlich an die Möglichkeit einer Dementia praecox einerseits, eines manisch-depressiven Irreseins andererseits zu denken haben. Die Entscheidung kann uns nicht allzuschwer fallen. Bei beiden Krankheiten können Zustände von gemüthlicher Verstimmung mit Versündigungsideen und Zwangsvorstellungen zur Beobachtung kommen. Indessen machen es die Erschwerung des Denkens, die tiefe gemüthliche Erregung, die besonders bei einem Besuche der Mutter in heftigster Weise zum Ausbruche kam, endlich das Fehlen aller Absonderlichkeiten und negativistischen Züge äusserst wahrscheinlich, dass wir hier einen Anfall des manisch-depressiven Irreseins vor uns haben.

Derartige Fälle, die mit lebhaften Zwangsvorstellungen einhergehen und meist sehr schleppend verlaufen, werden in der That nicht ganz selten beobachtet. Sie kennzeichnen sich durch ihre rasch fortschreitende Entwicklung ohne länger zurückreichende Vorboten, durch die starke gemüthliche Verstimmung, die Behinderung des Denkens und Wollens, endlich durch die begleitenden Versündigungsideen. Wir werden daher erwarten dürfen, dass bei unserer Kranken in absehbarer Zeit die jetzt so stürmischen Erscheinungen gänzlich wieder verschwinden werden*). Allerdings müssen wir darauf gefasst sein, dass sich früher oder später ähnliche oder anders gefärbte Anfälle wieder einstellen können. Natürlich ist die klinische Deutung des Krankheitsbildes auch für die einzuschlagende Behandlung massgebend. Ganz anders, als im vorigen Falle, wird hier Anstaltsbehandlung, Entfernung aus der Familie, Ueberwachung wegen der Selbstmordgefahr, Bettruhe, ferner eingehendste Sorge für gute Ernährung und Schlaf angezeigt sein. Auch an die Darreichung von beruhigenden Mitteln können wir denken; ich würde etwa eine Verbindung von mässigen Opium- und Bromgaben für zweckmässig halten.



Weit grössere diagnostische Schwierigkeiten bietet der Fall eines 61jährigen Bahnarbeiters, den ich Ihnen zum Vergleiche noch zeigen möchte. Die Schwester desselben war in der Schwangerschaft geisteskrank, wurde aber wieder gesund; ein Sohn starb mit 7 Jahren an einer Hirnkrankheit. Der Kranke selbst war immer ein fleissiger, ruhiger, „pünktlicher“ Mann. Er erkrankte zum ersten Male vor 16 Jahren. Damals wollte man ihn für die Entgleisung eines Wagens verantwortlich machen; ausserdem wurde ihm seine Wohnung unerwartet gekündigt. Daraufhin wurde er ängstlich, konnte seinen Dienst nicht mehr thun und ging endlich in eine Anstalt, aus der er nach 4jährigem Aufenthalte geheilt entlassen wurde. Von da ab war er 10 Jahre lang gesund. Vor nunmehr 2 Jahren erkrankte er von neuem nach einem Besuche bei einer geisteskranken Frau in der Nachbarschaft. Er kam sehr aufgeregt nach Hause, klagte über Druck auf der Brust, Angst,

*) Das Leiden der Kranken ist nach 3—4jähriger Dauer in vollständige Genesung übergegangen, die noch jetzt, nach 5 Jahren, fortbesteht. Der weitere Verlauf hat also bisher unsere aus dem Zustandsbilde gewonnene Auffassung bestätigt.

schlechten Schlaf, lief ruhelos herum, konnte es nirgends lange aushalten und machte schliesslich einen ziemlich schwächlichen Selbstmordversuch, indem er sich in Gegenwart seiner Frau mit dem Holzbeile eine kleine Hiebwunde an der Stirn beibrachte. Dieser Vorfall gab den Anlass zu seiner Verbringung in die Klinik.

Wenn Sie den Kranken betrachten, so fällt Ihnen zunächst sein riesiger, in allen Durchmessern vergrösserter Schädel auf. Im übrigen ist der Mann kräftig gebaut, sieht für sein Alter verhältnissmässig jung und rüstig aus. Er ist besonnen, ruhig, klar und zeigt ein sehr ausgeprägtes Krankheitsgefühl. An nichts hat er mehr Lust, kann sich nicht mehr freuen, spürt Angst, die in der Herzgegend sitzt und Morgens am stärksten ist. Sie plagt ihn Tag und Nacht, lässt ihm keine Ruhe; er vermag sich nicht anhaltend zu beschäftigen, weil es immer derselbe Kampf ist. Manchmal packt es ihn stärker, so dass er gerade herausschreien muss; er ist immer so erschrocken, dass er sich nicht zu helfen weiss. Dazu kommen die bösen Gedanken, die in ihm aufsteigen, und die er nicht bezwingen kann. Nähere Angaben darüber kann er eigentlich nicht machen; es sind aber offenbar Selbstmordgedanken. Zweimal sah er dreieckige Sterne vor den Augen, und jedesmal drängte es ihn zum Selbstmorde; es war wie eine innere Stimme. So eine Krankheit hat es noch gar nicht gegeben; er wird diesmal auch bestimmt nicht wieder gesund. Lärm kann er nicht vertragen; auch Musik ist nichts für ihn. Ebenso wenig kann er in die Kirche gehen; er wird so arg angegriffen davon. Manchmal zucken die Glieder; wenn er so daliegt, giebt es einen Stoss; die Hände fahren durcheinander; der Mund geht auf; der Kopf ruckt herum. In der That sind hie und da bei ihm Schleuderbewegungen des Kopfes, schnappendes Oeffnen des Mundes, krampfhaftes Zusammenziehen einzelner Muskelgruppen beobachtet worden. Der Schlaf ist ganz schlecht und Gegenstand beständiger Klagen, die Nahrungsaufnahme recht gut. Das Körpergewicht hat sich langsam, aber stetig um 10 Kilogramm gehoben.



Auch in diesem, ungemein einförmigen Krankheitsbilde, das seit der Aufnahme nur ganz unbedeutende Schwankungen dargeboten hat, spielen neben der ängstlichen Verstimmung und der wahnhaften Furcht, nicht wieder gesund zu werden, die Haupt-

rolle Selbstmordgedanken, die sich dem Kranken in peinlicher Weise aufdrängen. Waren es bei unserem ersten Kranken Befürchtungen, bei der zweiten mehr einfache quälende Vorstellungen, so sind es hier krankhafte Antriebe, die aus der trüben Verstimmung hervorwachsen. Allerdings sind diese Antriebe nicht sehr zwingend. Der Kranke vermag ihnen zu widerstehen, und der einmalige Selbstmordversuch, den er unter ihrem Einflusse gemacht hat, verlief ziemlich ungefährlich. Diese Erfahrung erinnert uns sehr an das Verhalten der Hysterischen, bei denen wir häufig genug einem gewissen Spielen mit Selbstmordgedanken begegnen, ohne dass es in der Regel zu mehr als äusserlich wirkungsvollen Anläufen führt. Auch die eigenthümlichen, ohne Zweifel psychisch bedingten Krampferscheinungen bei unserem Kranken würden es nahe legen, sein Leiden als Hysterie aufzufassen, obgleich sonstige kennzeichnende Störungen bei ihm nicht nachzuweisen waren. In demselben Sinne könnte der jedesmalige Anschluss seiner Erkrankung an Gemüthsbewegungen gedeutet werden.

Auf der anderen Seite ist jedoch nicht zu verkennen, dass unser Krankheitsbild von demjenigen der gewöhnlichen Hysterie auch in verschiedenen Stücken abweicht. Dahin ist vor allem die grosse Einförmigkeit der Erscheinungen zu rechnen, die in der früheren wie in der jetzigen Krankengeschichte hervortritt, die geringe Beeinflussbarkeit der Störungen durch Zuspruch oder sonstige psychische Einwirkungen, obgleich der Kranke stets ein grosses Arztbedürfniss gezeigt hat. Ferner ist der zwar sehr schleppende, aber doch entschieden anfallsweise Verlauf des Leidens zu beachten. Allerdings scheint der Kranke schon von Hause aus sehr ängstlicher Natur gewesen zu sein. „Ich kann sagen, ich bin in der Angst geboren", erklärte er einmal. Dennoch behauptete er mit Bestimmtheit, dass er vor und nach der ersten Erkrankung bis zur jetzigen Wiederkehr des Leidens gesund gewesen sei, keine schweren Gedanken oder Selbstmordantriebe gehabt, auch gut geschlafen habe. Wenn es daher auch vielleicht gerechtfertigt ist, die ängstliche Verstimmung hier nur als die Steigerung eines dauernden psychopathischen Zustandes aufzufassen, so heben sich doch die beiden Anfälle des Leidens in sehr bestimmter Weise hervor. Namentlich das bedeutende Anwachsen des Körpergewichtes

entspricht ganz den Erfahrungen, die wir etwa beim manisch-depressiven Irresein zu machen Gelegenheit haben.

Aber auch diesem letztgenannten Krankheitsbilde können wir das hier beobachtete Bild nicht ohne Schwierigkeit einordnen. Selbst wenn wir von dem Fehlen aller manischen Züge im Leben unseres Kranken absehen wollten, ähnelt der Zustand selbst wenig denjenigen, die uns von jener Krankheit her vertraut sind. Die Hemmung im Denken und Wollen, die dort ganz im Vordergrunde zu stehen pflegt, ist hier durch reine Angstzustände und mehr hypochondrische Klagen mit psychogenen Beimischungen ersetzt; dabei ist die gemüthliche Erregung und ihr Einfluss auf das gesammte Verhalten des Kranken auffallend schwächlich. Am meisten werden wir vielleicht an gewisse Formen der Schreckneurose mit ihren einförmigen, hypochondrisch gefärbten Verstimmungszuständen erinnert; nur ist hier der äussere Anstoss jeweils ein ungemein geringfügiger gewesen.

Bei diesen Schwierigkeiten der klinischen Deutung wollen wir uns mit der Erfahrung begnügen, dass es gewisse, sehr langsam und schleppend verlaufende Depressionszustände giebt, die bei kleinmüthig und ängstlich veranlagten Menschen als Steigerung ihrer gewöhnlichen Niedergeschlagenheit auftreten und die Neigung haben, sich im Leben öfters zu wiederholen. Die klinischen Erscheinungen sind wenig ausgeprägt; eigentliche Wahnbildungen fehlen; dagegen stellen sich häufig krankhafte Befürchtungen, Zwangsvorstellungen, Zwangsantriebe und allerlei psychogene Störungen ein. Wir wollen dieses Krankheitsbild, dessen klinische Stellung noch nicht ganz aufgeklärt ist, das aber mannichfache Verwandtschaft zur Hysterie und zum Zwangsirresein, auch wohl zur Schreckneurose aufweist, vorläufig mit dem Namen der „periodischen Verstimmung“ bezeichnen. Den Abschluss der einzelnen Anfälle bildet ein ganz allmähliches Zurücktreten der auffallenden Klagen*). Die Behandlung besteht je nach der Heftigkeit der Erscheinungen in Anstaltspflege, Bettruhe, Darreichung von kleinen Opiumgaben, Ablenkung und Beschäftigung.

---

*) Der Kranke ist nach 2jährigem Anstaltsaufenthalte gebessert entlassen worden, soll aber jetzt, nach weiteren 6 Jahren, „noch sehr leidend“ sein, so dass man seine Wiederaufnahme ins Auge gefasst hat.

XXVIII. Vorlesung.

Imbecillität, Idiotie.

M. H.! Sie werden in diesen Vorlesungen schon vielfach die Bemerkung gemacht haben, wie wenig doch im allgemeinen das Bild, das sich der Laie von dem Verhalten der Geisteskranken macht, den wirklichen Erfahrungen entspricht. Zahlreiche hier von Ihnen untersuchte Kranke boten auf den ersten Blick kaum irgend etwas Auffallendes, gaben verständige Auskunft, benahmen sich geordnet; nicht Wenige hatten ein deutliches Gefühl des Krankseins, Einzelne sogar ein klares Verständniss für die besondere Art ihres Leidens. Dennoch aber haben sich bei genauerer Betrachtung überall Störungen erkennen lassen, die ohne weiteres den Stempel des Krankhaften trugen und zweifellos aus dem Rahmen des gesunden Verhaltens herausfielen. Anders steht es mit denjenigen Formen des Irreseins, bei denen wir nur gradweise Abweichungen von jenen mehr oder weniger willkürlich bestimmten Grenzlinien vorfinden, welche die geistige Gesundheitsbreite umschliessen. Freilich wird an den äussersten Enden der Stufenleiter, die vom ausgesprochen Krankhaften unmerklich in den Bereich des Alltäglichen führt, die Entscheidung leicht sein. Dagegen muss es hier nothwendig zahlreiche Zwischenglieder geben, die mit schwimmenden Grenzen einerseits dem Krankhaften, andererseits dem Gesunden sich annähern.

Wenn wir uns mit dem 36jährigen Mädchen unterhalten, das jetzt mit freundlichem, ein wenig befangenem Grusse vor Ihnen Platz nimmt, so erkennen wir sehr bald, dass sie zu den Armen im Geiste gehört. Sie weiss zwar, wo sie sich befindet, kennt auch die Aerzte wie die sonstigen Personen ihrer Umgebung gut und vermag sie leidlich zu schildern, aber schon bei der Frage nach der Jahreszahl räth sie ganz hülflos herum, während sie Monat und Tag wenigstens annähernd angiebt. Auch über ihr Alter ist sie um einige Jahre im unsichern. Dagegen erzählt sie verständlich, wenn auch weitschweifig und dabei sehr dürftig, von ihren bisherigen Lebensschicksalen. Ihre Eltern sind todt; der Vater trank

gern, war aber selten betrunken, lebte mit der Mutter im Unfrieden. Drei Brüder sind gestorben; drei andere leben und sind gesund. Die Kranke selbst kam in der Schule schlecht mit, wie sie meint, in Folge eines Augenleidens. Nach dem Tode der Eltern, dessen Zeitpunkt sie nur sehr ungefähr angeben kann, kam sie zu einem Pflegevater, versuchte auch einmal, in Dienst zu gehen, aber nur 2 Monate lang. Dann wurde sie in einem Siechenhause untergebracht. Der Grund war die unliebsame Erscheinung, dass sie fast alle Jahre ein Kind gebar, bisher seit ihrem 20. Lebensjahre 8, von denen nur 2 gestorben sind. Ueber das Alter, die Namen und den Aufenthaltsort der Kinder macht sie ziemlich lückenhafte Angaben. Einmal entwich sie aus der Anstalt, kehrte aber nach kurzer Zeit freiwillig zurück.

Das letzte Kind gebar sie von einem Wärter jener Anstalt; man beschloss daher, sie nunmehr anderweitig unterzubringen. Sie ist damit einverstanden, da sie weiss, dass sie sich verfehlt habe. Darum habe sie auch dem Herrn Armenrath in die Hand versprochen, dass so etwas nicht mehr vorkommen solle, und er habe gesagt, er wolle ihr dieses Mal noch verzeihen. Der Wärter habe ihr versprochen, sie zu heirathen, und es habe ja auch alles verschwiegen bleiben sollen, entschuldigt sie sich. Sie habe gedacht, sie werde durch eine Heirath aus der Anstalt fortkommen, aber wie es soweit war, ist „er“ fortgewesen. Dass man sie einsperren müsse, wenn sie jedes Jahr ein Kind bekomme, begreife sie ganz gut. Sie ist auch nicht erschreckt, als ihr ein jahrelanges Verbleiben in der Klinik in Aussicht gestellt wird, erwidert nur, man werde dann sehen, was für schöne Strümpfe sie stricken könne. Dabei fühlt sie sich vollständig gesund: „ich bin nicht krank; ich kann arbeiten“. Sie könne sich ihr Brot verdienen, mit Obst handeln oder eine Stelle annehmen.

Ihre Kenntnisse sind äusserst geringe. Sie vermag ein wenig zu rechnen, versagt aber sofort, wenn dabei irgend welche eigene Ueberlegung gefordert wird. Den Namen des Grossherzogs, des Kaisers kennt sie nicht, weiss nicht, an welchem Flusse Heidelberg liegt, vermag überhaupt keine Städte, Flüsse, Länder anzugeben. Aus dem religiösen Unterrichte haften noch einige eingelernte Brocken, aber ohne verstanden und geistig verwerthet zu sein. Dagegen ist die Kranke ganz geschickt in allerlei häus-

licher Arbeit, beschäftigt sich willig und fleissig, findet sich auch in dem kleinen Kreise der Abtheilung ohne jede Schwierigkeit zurecht, hilft sachgemäss, wo sie kann, und giebt zu keinen Störungen Anlass. Unpassendes Benehmen anderer Kranker empfindet sie deutlich, sucht zu vermitteln, die Aerzte gegen Schimpfereien in Schutz zu nehmen. Ihre Stimmung ist fast immer heiter und zufrieden, sorglos; nur hie und da drängt sie einmal fort, äussert Sehnsucht nach ihren Kindern, meint, sie könne für sich selbst sorgen; man habe kein Recht, sie zurückzuhalten. Auf körperlichem Gebiete fällt Ihnen bei der Kranken sofort die niedrige Stirn und der sehr kurze Schädel auf. Der Gesichtsausdruck ist blöde, leer, der Gaumen auffallend steil gewölbt. Sonst sind keine erwähnenswerthen Störungen nachweisbar.

Sie werden nicht darüber im Zweifel sein, dass wir es hier mit einem einfachen geistigen Schwächezustande zu thun haben. Die Kranke macht in ihrem geistigen und gemüthlichen Verhalten den Eindruck eines Kindes von höchstens 8—10 Jahren. Ihre Kenntnisse stehen freilich noch erheblich tiefer, aber sie besitzt andererseits die Fähigkeit, sich in einfachen Verhältnissen weit besser zurechtzufinden, als man das nach der ausserordentlichen Dürftigkeit ihres Vorstellungsschatzes und der Schwäche ihres Urtheils erwarten sollte. Ihren geschlechtlichen Verfehlungen steht sie genau so gegenüber wie ein Kind seinen Unarten. Sie ist froh, wenn man ihr wieder verziehen hat, und besitzt durchaus kein Gefühl für die sittliche Bedeutung ihrer Aufführung. Sich irgend welche Sorgen und Gedanken über die Folgen ihrer Handlungen, über ihre Zukunft überhaupt zu machen, liegt ihr vollständig fern. Lenksam und zuthunlich wie ein Kind, fügt sie sich darein, wie es gerade kommt. So lässt sich der Zustand im grossen und ganzen am besten begreifen als ein Zurückbleiben der psychischen Persönlichkeit auf einer niederen Stufe der Entwicklung, als ein höherer Grad jener auch dem gesunden Leben leider nicht fremden Unzulänglichkeiten, die wir als Dummheit und Beschränktheit bezeichnen.

Was hier im Gegensatze zu den bisher betrachteten Schwachsinnsformen gänzlich fehlt, sind die Reste voraufgegangener Geistesstörungen, Wahnbildungen, Sinnestäuschungen, Verstimmungen, Absonderlichkeiten im Benehmen und Handeln. Nur dem Grade,

nicht aber dem Wesen nach unterscheiden sich die geistigen, gemüthlichen und Willensleistungen unserer Kranken von denen einfältiger Menschen, die wir noch der Gesundheitsbreite zurechnen. Namentlich aber fehlt hier auch der so wichtige Gegensatz zwischen Kenntnissen und Fähigkeiten, den wir beim erworbenen Schwachsinn immer angetroffen haben. Ueberall sahen wir die Kranken im Leben Schiffbruch erleiden, obgleich ihr Wissen oft noch ein recht bedeutendes war. Hier dagegen erweist sich die Kranke den gewöhnlichen Anforderungen des täglichen Lebens leidlich gewachsen, während ihre geistige Ausbildung über die allernächst liegenden sinnlichen Erfahrungen nicht hinausgeht und völlig versagt, sobald allgemeinere Vorstellungen und Kenntnisse in Betracht kommen. Die Kranke kann unvergleichlich viel mehr, als sie weiss, und wenn nicht die wachsende Zahl ihrer unehelichen Kinder den Anlass zu ihrer Verbringung in die Anstalt gegeben hätte, würde sie ohne allzu grosse Schwierigkeiten irgendwo draussen ein Plätzchen für sich gefunden haben. Diese Fähigkeit zur praktischen Lebensführung bei überraschendem Tiefstande der höheren geistigen Leistungen ist das Kennzeichen des angeborenen Schwachsinns, den wir im Gegensatze zur erworbenen Demenz mit ihrem umgekehrten Verhalten als Imbecillität bezeichnen. Natürlich aber vermögen auch die Imbecillen irgendwie schwierigeren Lebensanforderungen nicht zu genügen. Wie in unserem Falle das Geschlechtsleben, so wird in anderen der Alkohol, die Verführung, der Hang zum Müssiggang zur Klippe, an der sie in Folge ihrer unzulänglichen Ausrüstung für den Kampf ums Dasein scheitern*).

Da die Imbecillität auf einer angeborenen oder doch sehr früh erworbenen Schädigung der Hirnrinde beruht, ist das Leiden irgend einer Beeinflussung durch das ärztliche Handeln nicht zugänglich. Dagegen vermag eine sorgfältig die Eigenart dieser Kranken berücksichtigende Erziehung immerhin die vorhandenen Fähigkeiten noch zu einer gewissen Entfaltung zu bringen. In den gewöhnlichen Schulen pflegen die schwachsinnigen Kinder nicht nur selbst keine Fortschritte zu machen, sondern sie hemmen auch ihre Mitschüler. Mit Recht hat man daher schon in vielen Städten angefangen, die krankhaft unbegabten Kinder auszusondern und in Hülfsklassen zu

*) Die Kranke befindet sich unverändert in einer Pflegeanstalt.

unterrichten, deren Lehrverfahren und Plan ihrem Lernvermögen angepasst ist.

Bei den schwereren Formen des angeborenen Schwachsinns genügen freilich diese Hülfsklassen auch nicht mehr, sondern die Erziehung derartiger Kinder muss in eigene Anstalten mit besonders für diese Aufgabe ausgebildeten Lehrern verlegt werden. Sie sehen hier einen 24jährigen Menschen vor sich, der seit seinem 7. Lebensjahre in einer Idiotenanstalt lebte, da er schon als kleines Kind hochgradige geistige Unfähigkeit erkennen liess; leider wissen wir über die erste Zeit seines Lebens gar nichts Genaueres. Der Kranke giebt bereitwillig, aber in eigenthümlich abgerissenen und verbildeten Sätzen Auskunft. Er weiss, wo er herkommt, „ist ein Anstaltshaus und Anstaltskinder“. Daran knüpft er die Bemerkung: „hat sich schon gelernt und besser aufpasst, kann man furchtbar viel lernen“; er habe Lesen, Schreiben, Rechnen und vieles Andere gelernt. Seinen jetzigen Aufenthalt bezeichnet er als „Krankenhaus“, kennt ganz genau die Namen aller ihn umgebenden Personen, wenn er auch von der besonderen Bedeutung der Anstalt keine zutreffende Vorstellung hat. Sein Alter giebt er richtig an, hat aber keine Ahnung von der Zeitrechnung. Nur den jetzigen Monat und seinen Geburtstag kann er nennen, nicht aber die Jahreszahl, auch nicht annähernd.

Bilder, die man ihm vorlegt, erkennt und benennt er richtig, fügt kleine Bemerkungen bei, die für ein Verständniss des Gesehenen sprechen, wie „Entenvogel, schwimmt auf dem Wasser“, „Katze, trinkt gern Milch“. Auch zu lesen vermag er, in dem taktmässigen, die Wörter in Silben zerhackenden Zeitmasse, wie es die Schulkinder erlernen. In derselben Weise vermag er noch eine Menge eingelernter Bibelsprüche und Gesangbuchverse aufzusagen. Auf Aufforderung setzt er sich sogleich mit gefalteten Händen hin, neigt den Kopf ein wenig und beginnt, im Klassenton z. B. das Weihnachtsevangelium herzubeten. Man kann sich indessen dabei überzeugen, dass er den Inhalt so ziemlich versteht. Ausser den immer wieder von ihm vorgebrachten religiösen Vorstellungen von Himmel und Hölle, Christkind und Engeln sind es die Erinnerungen an seinen Anstaltsaufenthalt, die ihn erfüllen, die „Bändelarbeit, blau, roth und weiss zusammen“, das „Weben schaffen“, das „Backen schaffen“, „Stiegen putzen, Garten aufputzen, gut Teig

anmachen, Gott beten", sodann ein Besuch seines früheren Oberwärters, den er sogleich erkannte und freudig begrüsste. Er rechnet mit kleinen Zahlen langsam und unter Zuhülfenahme der Finger, aber richtig. Das Geld kennt er bis zu einer Mark: „Wenn einer wissen will, kann gut rechnen, z. B. wenn Einer frägt, wie viel ist 300 Pfennig, da besinne ich mich, ja muss aufpassen, da sagt man drei Mark; wenn einer frägt 800 Pfennig, da sagt man 8 Mark, 1000 Pfennig, da sagt man 10 Mark". Ein 10-Markstück bezeichnet er als „Goldpfennig", weiss den Werth nicht anzugeben.

Das Land, in dem wir leben, kann er nicht nennen, „hab' ich auch nicht so vielmal Zeit gehabt". Ebensowenig kennt er den Namen des Grossherzogs, „haben sie draussen nicht so gesagt". „Kaiser weiss ich, Friedrich Wilhelm". Der Grossherzog wohnt in Karlsruhe; sein Geburtstag ist am 9. September, „und das will ich auch gleich sagen, dass Du es schreiben kannst, der Kaiser wohnt in Berlin". Die Himmelsrichtungen kennt der Kranke und giebt sie auch im Zimmer richtig an. Seine Stimmung ist im allgemeinen vergnügt; er ist kindlich zugänglich, offenbar stolz darauf, dass man sich mit ihm beschäftigt. Bereitwillig bläst er auf einer Mundharmonika eine einfache Melodie, flötet auf einem kleinen Fläschchen, ahmt auf den hohl zusammengelegten Händen den Kuckuck nach, freut sich kindlich über den ihm gespendeten Beifall. Seine Gebärden sind lebhaft und ausdrucksvoll; auch in seinem oft fratzenartigen Mienenspiel pflegen sich die Regungen seines Inneren sehr deutlich widerzuspiegeln.

Sehr auffallend ist, wie wir schon bemerkten, die Sprache des Kranken. Ihm fehlt durchaus die Fähigkeit, Sätze zu bauen. Vielmehr reiht er die einzelnen Worte nach ihrem ungefähren Zusammenhange lose aneinander, so dass man so ziemlich errathen kann, was er meint. Gerade durch das deutliche Herausleuchten eines einigermassen verständlichen Sinnes unterscheidet sich diese wirre Folge von Worten durchaus von der Sprachverwirrtheit der Katatoniker, mit der sie auf den ersten Blick eine gewisse Aehnlichkeit besitzt. Mehr erinnern seine Reden an das Kauderwelsch Ungebildeter, die eine fremde Sprache nur durch das Gehör sehr unvollkommen erlernt haben. So setzt er auf die Frage nach seinem Alter auseinander: „Wenn Sie einmal wissen, wie alt ich bin, hören, wie viel alt, bin jetzt 23 alt, das heisst 23 Augustmonat,

ein Monat dazukommt, wenn einer vorüber ist, ein Jahr älter, wenn 17. Tag ist Namenstag, da Freude, wissen Sie, das ist gleich Sonntag; ich habe halt immer gut gelernt, schön gut aufgepasst, ist wie der Kaisers Geburtstag". Er spricht etwas stotternd, zwischendurch aber auch sehr schnell und viel. Häufig streut er Flickwörter ein, wie er sie in seiner Erziehung oft gehört hat, namentlich „aufgepasst" und „schöne Gruss". „Der liebe Gott kanns viel auf der Erd', gut Zeit, recht aufgepasst, in der Schul' gelernt, hab' auch Zeichnen gelernt; auch lateinisch lesen kann ich, schöne' Gruss! Im Winter hab' ich Holzsäg' gespaltet; da hat sich gut Arbeit geschafft".

Wie Sie sehen, ist der Kranke sehr ablenkbar in seinen Aeusserungen, flickt alle möglichen Nebendinge ein. Sein Vorstellungsschatz erweist sich dabei als recht dürftig; es sind immer wieder dieselben Gedanken und Wendungen, die er vorbringt. Die Schrift des Kranken ist gross, regelmässig, sehr leserlich und sorgfältig; er schreibt mit fester Hand und sehr langsam. Der Inhalt der Schriftstücke zeigt dieselben Eigenthümlichkeiten wie seine sprachlichen Aeusserungen, fast völliges Fehlen der Satzbildung, Abschweifen des Gedankenganges, Einförmigkeit und Armseligkeit der Vorstellungen. Dagegen hat der Kranke aus eigenem Antriebe eine Menge von z. Th. bunten Zeichnungen geliefert, die in kindlicher Darstellung Häuser, Weihnachtsbäume, Engel, Wagen und eine ganze Menge von Gegenständen des täglichen Lebens darstellen. Da sie meist in festen Formen wiederkehren und auffallend gut wiedergegeben sind, handelt es sich bei diesen Zeichnungen wohl um Wiederholungen eingeübter Vorlagen. Sie werden von ihm in ähnlich drolliger Weise erläutert wie andere vorgezeigte Bilder.

Die Stufe, auf der im vorliegenden Falle die geistige Entwicklung stehen geblieben ist, haben wir wohl ein gutes Stück tiefer anzusetzen, als bei der vorigen Kranken, wenn auch im Vorstellungsschatze selbst vielleicht der Unterschied kein allzugrosser ist. Hier indessen sehen wir das Ergebniss einer langjährigen, mühevollen Erziehung vor uns, während jene Kranke nur soviel geistige Mitgift in der Schule erhalten hat, als sie unter den gewöhnlichen Verhältnissen aufzufassen vermochte. Dem entspricht die Thatsache, dass bei ihr die Spuren des Unterrichtes sehr spärliche waren, dass sie aber weit mehr Verständniss für

ihre Lage besass, als unser Kranker. Wir erkennen hier deutlich, dass sein Vorstellungsschatz nur aus der unmittelbaren sinnlichen Anschauung gewonnen wurde, während alle weitere geistige Verarbeitung, insbesondere die Bildung allgemeinerer Vorstellungen und Begriffe, fast gänzlich ausgeblieben ist. Dazu gesellt sich noch ein Ballast rein gedächtnissmässig erlernten Wissens, das sich bezeichnender Weise wesentlich auf dem Gebiete der Bibelweisheit bewegt. Was aber den geistigen Tiefstand hier am schärfsten kennzeichnet, ist die unvollkommene Entwicklung der Sprache, die trotz allen Unterrichtes etwa auf der Stufe eines 3—4jährigen Kindes stehen geblieben ist. Wir werden daher berechtigt sein, diesen Fall jenen schwersten Formen des angeborenen Schwachsinns zuzurechnen, die man unter dem Namen der Idiotie zusammenzufassen pflegt.

Auch die Idiotie beruht natürlich auf einer frühen, allgemeinen Schädigung der Hirnrinde. Meist denkt man dabei an Entwicklungshemmungen im Sinne der Missbildungen; es scheint indessen, dass es sich in der weitaus grössten Zahl der Fälle um wirkliche Erkrankungen mit theilweisem Untergange der Rindenbestandtheile handelt. Vielfach vollziehen sich diese Zerstörungen schon vor der Geburt, oft genug aber auch erst im Laufe der ersten Lebensjahre. Gröbere Lähmungen brauchen dabei gar nicht aufzutreten. Auch bei unserem Kranken weist die körperliche Untersuchung ausser Steilheit des Gaumens keinerlei erwähnenswerthe Störungen auf. Dagegen ist ein Zeichen der Hirnerkrankung zurückgeblieben, das vielfach beobachtet und als ungünstig für die weitere Entwicklung des Zustandes betrachtet wird, das sind epileptische Anfälle. Dieselben bestehen bei dem Kranken schon seit der Kindheit und sind auch bei uns etwa alle 4 Wochen einzeln oder in kleinen Gruppen beobachtet worden. Zwischendurch traten öfters Zustände von ängstlicher Erregung und zorniger Gereiztheit auf, in denen der Kranke fürchtete, umgebracht zu werden, laut schrie, fortdrängte, gewaltthätig und ungebärdig wurde. Bisweilen stellten sich solche Zustände, die den Anlass zu seiner Verbringung in die Klinik gaben, auch Nachts ein, gingen in der Regel aber nach einigen Stunden wieder vorüber.

Das Leiden unseres Kranken ist seinem Wesen nach unheilbar. Was durch die Erziehung erreicht werden konnte, ist wohl

bei ihm erreicht worden. Zu einer selbständigen Stellung im Leben ist der Kranke nicht fähig, doch wird es möglich sein, seine bescheidenen Kräfte in einem Anstaltsbetriebe immerhin in gewissem Umfange zu verwerthen. Die begleitende Epilepsie lässt allerdings befürchten, dass im Laufe der Zeit möglicherweise noch ein Rückgang der geistigen Leistungen eintritt*).

Da wir unter dem Namen der Idiotie alle Störungen zusammenfassen, welche in der ersten Kindheit zur Verblödung führen und demnach die psychische Entwicklung im Keime unterdrücken, dürfen wir hier schwerlich von einer einheitlichen Krankheit sprechen. Vielmehr können wahrscheinlich sehr verschiedenartige Krankheitsvorgänge dem klinischen Bilde der Idiotie zu Grunde liegen, wenn es uns auch zur Zeit unmöglich ist, sie von einander zu trennen. Thatsächlich zeigen die einzelnen Fälle von Idiotie grosse Abweichungen untereinander, nicht allein nach dem Grade, sondern auch nach der Art der Verblödung. Vor wenigen Wochen wurde uns ein 12jähriger Knabe zugeführt, der aus einer schwer entarteten Familie stammt. Seine Mutter war lange Jahre in einer Irrenanstalt; der Vater soll zeitweise gestört gewesen sein; ein naher Verwandter endete durch Selbstmord; der Grossvater war hochgradig „nervös". Der Junge ist der 6. unter 8 Geschwistern, von denen die letzten 5 alle unbegabt und schwerfällig sein sollen. Er wurde zur rechten Zeit geboren, hatte aber von der 4. Woche an sehr häufige Krämpfe, die mehrere Monate lang wiederkehrten, lernte spät sprechen. Die Erziehung bot grosse Schwierigkeiten, da das Kind unbotmässig, unstet und leicht erregbar war. In der Schule kam der Knabe ganz schlecht vorwärts, wurde für faul und zerstreut gehalten. Wenn er wolle, könne er ganz gut, meinten die Lehrer. In der letzten Zeit war er nicht mehr in die Schule zu bringen, warf sich auf den Boden, wenn man ihn zwingen wollte.

Seit 2 Jahren lief er, sobald er sich unbewacht sah, von Hause fort, blieb zuletzt auch die Nächte aus, trieb sich planlos herum, verbarg sich, kletterte auf Dachböden und in Kellern herum, grub sich Höhlen, aus denen er schliesslich beschmutzt und verwahrlost wieder auftauchte. Alle Erziehungsversuche erwiesen sich als wirkungslos; gute Worte machten auf ihn ebenso

*) Der Kranke befindet sich seit einem Jahre unverändert in einer Pflegeanstalt.

wenig Eindruck wie Schelte oder Hiebe. Auf Ermahnungen antwortete er nur: „Ich mag nicht, will nicht". Zuneigung zu seinen Verwandten zeigte er gar nicht, höchstens zu einem jüngeren Bruder; dagegen spielte er gern mit anderen Knaben. Vielfach lachte er ohne Grund unbändig, einmal eine ganze Nacht hindurch. Der Schlaf war sehr unruhig, die Nahrungsaufnahme wechselnd. Beim Essen benahm sich der Kranke unmanierlich, kroch meist dabei unter den Tisch. Er war sehr reizbar, konnte in ganz sinnlose Wuth gerathen, zerstörte dann, was ihm in die Hände kam, warf auch wohl Gegenstände zum Fenster hinaus. In seinen Aussagen war er unzuverlässig und lügenhaft. Da der Junge schliesslich drohte, das Haus anzustecken, wurde er in unsere Klinik gebracht.

Der Knabe ist, wie Sie sehen, für sein Alter klein, dürftig genährt, macht etwa den Eindruck eines 8jährigen Kindes. Sein Schädel ist ungewöhnlich klein, asymmetrisch. Die Ohrläppchen sind angewachsen, die Augen klein; sonst bietet er keine bemerkenswerthen körperlichen Abweichungen dar. Ueber seinen Aufenthaltsort ist er im klaren, weiss, wer ihn hergebracht hat, vermag die Namen aller Kranken und Wärter zu nennen, mit denen er in Berührung gekommen ist, weiss sogar, in welchen Betten sie schlafen. Rechenaufgaben, soweit sie eingelernt sind, löst er ungemein schnell und auch richtig; das Zusammenzählen und namentlich das Abziehen fällt ihm jedoch weit schwerer, als das Multipliciren. Von Städten, Flüssen, Ländern weiss er kaum etwas, kennt nicht die Hauptstadt Badens oder Deutschlands. Ebenso wenig hat er etwas von der Schlacht bei Sedan gehört. Der Kaiser heisst Friedrich; in Deutschland regiert Bismarck. Von Handwerken vermag er nur einige wenige aufzuzählen, von Thieren ziemlich viele, ist aber nicht dazu zu bringen, auch die in der Luft und im Wasser lebenden zu berücksichtigen. Die 10 Gebote kann er nicht sagen, hat sehr unklare und kümmerliche religiöse Vorstellungen. Sünde ist, wenn man Brod verdirbt oder Vögel todtschiesst. Er weiss, dass man das nicht thun darf, vermag es aber nicht näher zu begründen.

Die Stimmung des Jungen ist heiter; er ist gern hier, hat nicht die mindeste Sehnsucht nach Hause, fragt nie nach seinen Angehörigen. Auch bei einem Besuche benahm er sich gänzlich

theilnahmlos. Er hat sich schnell in die neuen Verhältnisse hineingefunden, verkehrt ohne Scheu mit den Erwachsenen, redet überall vorlaut hinein, fürchtet sich nicht vor erregten Kranken, sondern lacht über sie, wird auch dadurch nicht gewitzigt, dass ihn Einige derselben zurechtweisen, bedrohen oder gar schlagen. Zu irgend anhaltender Thätigkeit ist er nicht zu bringen. Obgleich er ganz fliessend liest, bleibt er nicht dabei, wenn man ihm bestimmte Aufgaben stellt, hat sehr bald vergessen, was er sollte, treibt allerlei kindlichen Unfug. Zwingt man ihn, zu lesen, so vermag er hinterher ganze Sätze fast oder genau wörtlich wiederzugeben, hat aber von dem Inhalte kaum eine Spur aufgefasst. Am nächsten Tage ist alles vollständig vergessen. In seinem Benehmen ist er zutraulich, begrüsst den Arzt von weitem, begleitet ihn bei seinen Besuchen, berichtet, mischt sich in die Gespräche, lässt sich auch zu kleinen Diensten verwenden.

Während bei diesem Kranken in den geregelten Verhältnissen der Klinik die äussere Haltung kaum, das Gedächtniss und die sinnliche Auffassung gar keine nennenswerthe Störung erkennen lassen, befindet sich die geistige Verarbeitung der Erfahrungen und das Urtheil auf einer sehr tiefen Stufe, die höchstens derjenigen eines 5—6jährigen Kindes entsprechen würde. Ganz im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht aber der völlige Mangel an Gemüth, die Gleichgültigkeit gegen die nächsten Angehörigen, das Fehlen des Heimwehs, der Scheu vor fremden und sogar bedrohlichen Personen, die Unzugänglichkeit gegen erzieherische Einwirkungen. Auf diesem Gebiete ist die krankhafte Störung, im Gegensatze zu dem Verhalten des vorigen Kranken, bei weitem am stärksten ausgeprägt, wenn auch die schwere Schädigung des Verstandes nur für eine ganz oberflächliche Betrachtung durch die überraschenden Gedächtnissleistungen verdeckt wird.

Die besondere Gestaltung der Verblödung im vorliegenden Falle wird uns vielleicht an unsere Erfahrungen bei der Dementia praecox erinnern, deren Endzustände sich ja ebenfalls vielfach durch Erhaltung des Gedächtnisses bei erheblicher Schwäche des Urtheils und Verlust der gemüthlichen Regungen auszeichnen. Allerdings fehlen bei unserem Kranken die dort meist so ausgeprägten Störungen im Benehmen und Handeln, wenn wir etwa von dem triebartigen Fortlaufen absehen. Immerhin wäre es denkbar, dass

eine gewisse Verwandtschaft zwischen derartigen Formen der Idiotie und der Dementia praecox bestände. Giebt es doch eine nicht kleine Gruppe von Fällen, in denen sich auf der Grundlage eines von Kindheit bestehenden Schwachsinns späterhin deutliche katatonische Störungen entwickeln. Die Krämpfe in der Kindheit dürften in unserem Falle das Einsetzen der Hirnkrankheit bedeuten, deren Ergebniss wir zur Zeit vor uns sehen. Eine weitere Entwicklung der Kenntnisse des Knaben durch sorgfältigen Unterricht in einer Idiotenanstalt kann bei seinem guten, wenn auch flüchtigen Gedächtnisse wohl erreicht werden. Ob es indessen möglich sein wird, auch sein verödetes Gemüthsleben einigermassen zu entwickeln, müssen wir leider als sehr fraglich bezeichnen*).

XXIX. Vorlesung.

Krankhafte Persönlichkeiten.

M. H.! In der Folge der Geschlechter wird die Veranlagung des Einzelnen durch sehr verschiedenartige Einflüsse bestimmt. Auf der einen Seite sehen wir die persönlichen Eigenschaften der Vorfahren, gute und schlechte, gesunde und krankhafte, in den Kindern wieder auftauchen; andererseits aber wird die Eigenart der Nachkommen durch die mannichfachsten Ursachen in ihre besonderen Bahnen gelenkt, so dass neben den Uebereinstimmungen mit den Erzeugern immer auch zahlreiche Abweichungen zur Ausbildung kommen. Das Gesammtergebniss kann dann entweder eine Vervollkommnung oder eine Verschlechterung, eine „Entartung“ des Geschlechtes bedeuten. Im letzteren Falle, wenn die unvortheilhaften und krankhaften Einflüsse überwiegen, wird das neue Geschlecht den Keim des Unterganges in sich tragen, wenn nicht in der weiteren Entwicklung durch Mischung mit gesunderem Blute wieder ein Ausgleich der Entartung, eine Abschwächung der un-

*) Der Knabe befindet sich seit 4 Jahren in einer Idiotenanstalt, ist dort Gärtnerlehrling, noch etwas unruhig und zerfahren, aber fleissig und anhänglich.

zweckmässigen Eigenschaften eintritt. Die klinische Gestaltung der entarteten Einzelpersönlichkeiten ist natürlich eine überaus mannichfaltige, da sich hier alle nur denkbaren Mischungen von Unzulänglichkeit mit gesunder, ja nicht selten sogar hervorragender Veranlagung finden. Indessen gelangt aus nahe liegenden Gründen nur ein Theil der entarteten Persönlichkeiten in die Hände des Irrenarztes. Viele vermögen den Kampf ums Dasein mit Hülfe ihrer gesunden Eigenschaften noch leidlich durchzuführen, wenn sie sich auch von dem grossen Haufen der Durchschnittsmenschen als Sonderlinge und auffallende Persönlichkeiten abheben; Viele auch gehen an ihrer unzweckmässigen Veranlagung zu Grunde, je nach dem Laufe der Dinge bemitleidet, verachtet oder verabscheut.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, Ihnen einen umfassenden Ueberblick über das ganze Gebiet der krankhaften Persönlichkeiten zu geben, das wir schon wiederholt gestreift haben. Nur einige wenige ausgeprägte Beispiele möchte ich Ihnen noch vorführen, die Ihnen vielleicht das Verständniss auch anderer Formen zu erleichtern geeignet sind. Betrachten Sie zunächst den 21jährigen Kellner, der vor einem halben Jahre in auffallenden Frauenkleidern auf der Strasse aufgegriffen und dann einer Irrenanstalt zugeführt wurde, von wo er zu uns kam, so bemerken Sie, dass der schlank und zierlich, aber durchaus männlich gebaute Mensch einen ziemlich grossen Schädel, aber ein sehr schmales Gesicht mit spitzem Kinn besitzt. Der Gaumen ist steil gewölbt und schmal; die Zähne sind sehr mangelhaft und fehlen vorn zum Theil. Das Gesicht ist bartlos; der Kranke spricht mit Fistelstimme.

Ueber seine Vergangenheit macht er ziemlich verworrene Angaben, in denen er Wahres und Falsches vielfach durcheinander mischt. Es ist nicht möglich, eine zusammenhängende Darstellung von ihm zu erhalten, da er erzählt, was ihm gerade einfällt, ohne sich dabei durch Fragen und Unterbrechungen lenken zu lassen. Er weiss, wo er sich befindet, ist auch über die Zeitverhältnisse wie über die Personen seiner Umgebung ganz im klaren. Wie wir durch genaue Erhebungen haben feststellen können, ist eine Schwester seines Grossvaters väterlicherseits in der Irrenanstalt gestorben; die Mutter starb mit 36 Jahren an „Blut im Gehirn“. Ein Bruder ist blind, wegen Unzucht mit Kindern bestraft und

befindet sich in einer Siechenanstalt. Der Kranke selbst zeigte von Jugend auf sehr geringe Fähigkeiten und lernte schlecht. „Der Hang zum Possenreissen war grösser, als die Lernbegierde“, wie sein Vater schreibt. Der Lehrer sagte von vornherein: „Er wird nichts“. In Folge dessen wurde er einer Anstalt für sittlich verwahrloste Kinder übergeben, kam dann in die Buchbinderlehre, that aber „trotz der vielen Ohrfeigen“ nicht gut und wurde endlich Kellner, zog als solcher in der Welt herum, war auch einmal ein Jahr in Amerika bei einer Schwester. Er ist wiederholt wegen Landstreicherei und groben Unfugs, einmal auch wegen widernatürlicher Unzucht bestraft worden. Im Wirthshause hatte er die Bekanntschaft eines anderen Burschen gemacht, ihm Bier bezahlt und Nachts in öffentlichen Anlagen mit ihm geschlechtlichen Unfug getrieben.

Die Kenntnisse des Kranken sind äusserst dürftig. Er vermag zwar zu schreiben und zu lesen, aber nur ganz einfache Rechnungen auszuführen. Auf die Frage, was eine Gesellschaft von 12 Personen bezahlen müsse, von denen Jeder eine Tasse Kaffee zu 25 Pf. getrunken habe, meint er: „Das kommt nicht vor; es sind immer kleine runde Tischchen“. Er weiss nicht, in welchem Lande er lebt, wie viel Tage das Jahr hat, kennt den Namen des Grossherzogs nicht, hält London für die Hauptstadt von Deutschland, lässt den Neckar aus dem Rheine entspringen, hat nie vom Kriege 1870 gehört: „Da war ich noch nicht auf der Welt“; er interessire sich für Kriege nicht. Dagegen vermag er von seiner Ueberfahrt nach Amerika zu erzählen, bei der er auf einem Frachtschiffe das Vieh gefüttert und später vom Consul in London 6 Schilling erhalten hat, erinnert sich auch sonst vieler Erlebnisse, stellt sie aber in sehr persönlicher Färbung dar. Er ist Kellner geworden, weil er für einen Hausknecht zu schön ist und sich immer sehr reinlich hält, elegant und sauber daherkommt. Als Kellner hat man immer schöne Kleider, kann in den feinsten Salons serviren. Die theuersten Speisen können es sein; er kann sie trotzdem serviren. „Man schreibt sich einfach auf, was die Speise kostet; das macht man ganz geschickt“; der Kellnerberuf ist sehr schön.

Seine Strafthaten leugnet er kurzweg. Man habe ihn nur hineinlegen wollen; er habe nie so etwas im Freien gemacht. „Was ich noch gemacht hab’, hat nie Jemand gesehen. Mit einem feinen

Bub' kann man sich schon abgeben; man muss es bei mir machen, wie mit einem Frauenzimmer. Ich bin so verliebt, dass ich gleich in die Hosen greife". Er könne doch Mädchen spielen, wenn man ihn auch nicht gebrauchen könne. Die Frauenkleider habe er gar nicht getragen; sie seien ein Geschenk von seinem Onkel, der 2 Töchter habe. In seinem Koffer könne er haben, was er wolle; „was geht das die dumme Polizei an?" Auch Studenten und die Leute vom Theater hätten Frauenkleider im Koffer. Er habe auftreten wollen auf der Messe oder in einer Schiessbude; die Kleider ständen ihm so gut, namentlich wenn er einen Zwicker dazu trage. In seinem Zimmer dürfe er sie tragen und zum Fenster hinaussehen.

Ueber seine geschlechtlichen Neigungen erfährt man, dass er „lieber ein Mädchen sein möchte". Mit Frauenzimmern hat er keinen Verkehr gehabt; „das kostet zu viel". Er würde es aber thun, wenn es etwas „ganz Feines wäre, so eine Baronstochter oder eine Gräfin". Onanirt habe er nicht; das habe er nicht nöthig. Da gehe er einfach zu seiner Schwester; in deren Zimmer könnten sie treiben, was sie wollten. Bei diesen Erzählungen gefällt sich der Kranke in sehr unfläthigen Ausdrücken und Schilderungen. Er behauptet, dass sein früherer Arzt, gegen den er sich sehr zudringlich betragen hat, ihn zu unzüchtigen Handlungen aufgefordert habe. „Was braucht denn der mir zu zeigen; ich kann das schon lange". Auch bei uns drängt er sich an die Aerzte heran, beklagt sich darüber, dass „die Kaffern", die Wärter, dabei stören, giebt gute Rathschläge, wie sie den Wärterinnen besser gefallen könnten, verspricht, sein Bild zu schenken.

Sein Selbstgefühl ist sehr gross. Er hätte auch Arzt studirt, wenn seine Mutter am Leben geblieben wäre, sei viel sauberer, als die Mädchen, und stinke nicht so, sei sehr reich, bekomme von Jedem gern etwas geschenkt. „An mir braucht man nichts zu ändern; ich bin gut genug so; Jeder ist noch mit mir zufrieden gewesen". In seinem Benehmen zeigt der Kranke eine gezierte Schüchternheit, die jedoch gelegentlich unfläthigstem Schimpfen weicht. Er spricht leise, mit gesenktem Blicke, sucht die Hand zu ergreifen, braucht gewählte, absonderliche Wendungen, trägt den Scheitel in der Mitte. Zu irgend einer Beschäftigung ist er nicht zu bringen, lungert träge herum, kümmert sich um Niemanden,

schliesst sich aber sofort an einen wegen ähnlicher Strafthaten eingelieferten jungen Menschen an, liest wenig und ohne Verständniss.

Den Grundzug des vorliegenden Krankheitszustandes bildet der angeborene Schwachsinn, die Imbecillität. Daneben aber begegnet uns noch eine krankhafte Richtung des Geschlechtstriebes. Wenn auch nicht behauptet werden kann, dass der Kranke für das weibliche Geschlecht unempfänglich sei, so gefällt er sich doch offenbar mehr in der Rolle des Frauenzimmers und hat sich auf diesem Gebiete bethätigt, wozu er nach seiner Angabe in Amerika ausgebildet wurde. In Uebereinstimmung damit hat er Freude an schönen Kleidern, möchte gern stricken und häkeln können, interessirt sich nicht für Kriege, will aber als Knabe mit Säbel und Helm gespielt haben. Jetzt sagt ihm der sanfte Kellnerberuf besonders zu; auch würde er gern als Mädchen im Theater auftreten. Diese Verkehrung der geschlechtlichen Neigungen, die neuerdings die Wissbegierde weitester Kreise erweckt hat, ist als eine Entartungserscheinung zu betrachten. Sie pflegt sich im Anschlusse an die ersten, zumeist ja durch das gleiche Geschlecht erweckten sexuellen Regungen herauszubilden, vielfach auch nach Misserfolgen oder Uebersättigung im gesunden Geschlechtsverkehr. Wie jedes Entartungszeichen, kann sie sich auch mit sonst guten geistigen und gemüthlichen Leistungen verbinden. Im letzteren Falle ist sie bis zu einem gewissen Grade der psychischen, insbesondere hypnotischen Beeinflussung zugänglich*).

Weit grössere Schwierigkeiten bietet der ärztlichen und namentlich der richterlichen Beurtheilung ein 33jähriger Techniker dar, der nach den buntesten Irrfahrten für einige Zeit bei uns gestrandet ist. Eine Schwester der Mutter des Kranken und ebenso eine Tante derselben waren geisteskrank. Der Kranke selbst soll als kleines Kind Zahnkrämpfe gehabt haben und später von einem Baume gefallen, dabei längere Zeit bewusstlos gewesen sein. Er war von Jugend auf unverträglich, unruhig, blieb häufig aus der Schule oder lief aus derselben fort. Obgleich er nicht unbegabt war, sondern namentlich in Mathematik, Zeichnen und Literatur gute Fortschritte machte, fehlte ihm jede Ausdauer zur Arbeit. Er

*) Der Kranke befindet sich seit 6 Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

fügte sich nirgends, war unbotmässig, machte dumme Streiche und musste in Folge dessen die Schulen und Pensionen, in denen er untergebracht wurde, vielfach wechseln. Es kam auch vor, dass er, um sich der lästigen Schule zu entziehen, wochenlang einfach verschwand, um dann plötzlich bei weit entfernt wohnenden Verwandten wieder aufzutauchen. Die geschlechtliche Entwicklung trat sehr früh ein; der Kranke musste schon auf der Schule wegen Trippers behandelt werden, hat auch viel onanirt. Er machte eine Phimosenoperation durch und litt sehr lange an Bettnässen. Mit 20 Jahren trat er als Einjähriger beim Militär ein, erlitt mehrere Strafen wegen Betrunkenheit und nächtlichen Ausbleibens, kam dann wegen Insubordination auf die Festung und wurde endlich als „geistig defect“ aus dem Militärverbande entlassen.

Man versuchte nunmehr, ihn in verschiedenen Werkstätten und Fabriken als Volontär unterzubringen, doch wurde er überall wegen seiner Neigung, seine Arbeit einfach liegen zu lassen, zu trinken, geschlechtliche Ausschweifungen zu begehen, nach kurzer Zeit wieder fortgeschickt. Ebenso missglückte ein Versuch, ihn auf eine Gewerbeschule zu schicken; er zechte ohne Geld in einem Bordell und verwundete den Hausknecht, der ihn hinauswarf, mit einem Messer. Zeitweise war er dann bei Verwandten oder zu Hause und wurde hier entmündigt. Dann reiste er wegen des „wenig schönen Verhältnisses zum Vater“ eines Tages davon, wurde jedoch wieder aufgegriffen und mit 24 Jahren vorübergehend in eine Irrenanstalt gebracht. Als er nach seiner Entlassung die Flucht von Hause unter Mitnahme erheblicher Geldsummen wiederholte, die er schleunigst in Bordells durchbrachte, kam er für 3 Jahre in eine grosse Irrenanstalt. Hier beschäftigte er sich mit Musik, Sprachen, Mathematik, Stenographie, zeigte aber ein kindisch-haltloses, unbotmässiges Benehmen, hänselte und beschimpfte Mitkranke und Wartpersonal, stiftete überall Unfrieden, war dabei anspruchsvoll, hochfahrend, unbeeinflussbar, besass nicht das geringste Verständniss für seine Lage, versprach oft bereitwilligst alles Gute, um regelmässig sehr bald sein altes Treiben wieder aufzunehmen.

Nach seiner Entlassung begannen neue Versuche, ihn hier oder da unterzubringen, immer mit demselben Erfolge, dass er sich binnen kurzer Zeit durch Ausschweifungen und Zusammen-

stösse mit der Polizei unmöglich machte. Einmal verwundete er auch wieder Jemanden mit dem Messer und wurde deswegen gerichtlich verurtheilt. Dennoch bestand er schliesslich die Prüfung als Maschinentechniker. Er machte Schulden, führte ein sehr freies Leben; „gesumpft wurde mächtig und ich mitten dabei“, wie er sagte. Aus einer Stelle wurde er wegen Schwänzens und fleissigen Besuchs der Bordelle, „die er schon von früher her kannte“, fortgejagt und wiederum einer Anstalt überwiesen. Er brannte aber wiederholt durch und führte nun ein Landstreicherleben, indem er sich seinen Lebensunterhalt nothdürftig durch Versetzen seines Eigenthums und Klavierspielen in Wirthschaften verschaffte. Sobald er etwas verdient hatte, brachte er es schleunigst in „Weiberkneipen“ wieder durch, wurde schliesslich wegen Zechprellerei verhaftet und bestraft. Einem Abgesandten seines Vaters, der ihn nach Hause bringen sollte, entwich er, fand wieder eine Stellung, liess sich jedoch alsbald zu neuen Ausschweifungen verführen und wurde nochmals wegen Zechprellerei bestraft. Das Gleiche begegnete ihm in dem nun wieder aufgenommenen Landstreicherleben nochmals. Er fand endlich in einer befreundeten Familie Unterkunft und auch Arbeit, lief aber trotz aller guten Vorsätze immer nach kurzer Zeit wieder davon, betrank sich ohne Geld, wurde verhaftet und bestraft. Als sich das im Laufe weniger Monate zweimal wiederholt hatte und er im Rausche noch überfahren worden war, willigte er auf das Drängen seiner Umgebung ein, sich in unsere Klinik verbringen zu lassen.

Einen grossen Theil dieser seiner Erlebnisse erzählt der Kranke, der völlig klar und geordnet ist, selbst. Seine Darstellung ist gewandt, sein Gedächtniss, abgesehen von Ungenauigkeiten in der Zeitbestimmung der einzelnen Abschnitte seines verschlungenen Lebenspfades, vortrefflich. Die Mittheilungen aus den früher von ihm besuchten Anstalten über sein Benehmen bezeichnet er als stark übertrieben, doch zeigt er sonst keine Neigung, seinen Lebenswandel besonders zu beschönigen. Im Gegentheil ist es höchst auffallend, dass er seine Geschichte mit einem gewissen Behagen erzählt und sich eher als Held fühlt. Von Scham oder wirklicher Reue ist durchaus keine Spur vorhanden, und seine Versprechungen für die Zukunft tragen den Stempel einfacher Redensarten, die er macht, um sich möglichst bald dem lästigen Zwange der Freiheits-

beraubung zu entziehen. „List geht über Gewalt“, meint er gelegentlich. Für seine jetzt in zahllosen Fällen bewiesene Unfähigkeit, in der Freiheit zu leben, hat er nicht das geringste Verständniss. Ohne irgendwie diese Erfahrungen zu würdigen, meint er, dass es ihm keine Schwierigkeiten machen könne, sich durchzubringen, sobald er wieder Arbeit habe.

In der That hat er sich auch einige Arbeiten verschafft, die er so gut ausgeführt hat, dass man ihn dafür ordentlich bezahlte. Nachdem er indessen einmal den ihm gewährten freien Ausgang zu einer Zechprellerei benutzt hatte, entwich er wiederholt in immer schlauerer Weise, erhob das verdiente Geld, kneipte in der Stadt herum, spielte in den Wirthschaften Klavier und wurde endlich von der Polizei wieder zurückgebracht. Seine Entweichungen begründete er damit, dass man ihm keine bestimmten Zusicherungen über die Gestaltung seiner nächsten Zukunft gemacht habe. Er würde sein Verhalten einwandsfrei gestaltet haben, wenn man ihm die Entlassung nach einigen Wochen oder Monaten in Aussicht gestellt hätte. Von dem körperlichen Befunde ist ausser einer geringen Pupillendifferenz nichts Wichtiges zu bemerken.

Wenn Sie die guten Kenntnisse, das Gedächtniss, das natürliche Benehmen unseres Kranken, die Ordnung seines Gedankenganges allein ins Auge fassen, also diejenigen Züge, die bei der Beobachtung zunächst in Betracht kommen, so werden Sie kaum auf die Vermuthung kommen, dass es sich hier um eine krankhafte Persönlichkeit handelt. Erst aus dem Ueberblicke über die gesammten Lebensschicksale des Kranken, sein Handeln und die Stellung, die er seiner eigenen Vergangenheit gegenüber einnimmt, wird die volle Grösse der vorliegenden Störung deutlich. Allmählich sind daher auch alle Personen, die sein Treiben genauer zu beobachten Gelegenheit hatten, zu dieser Auffassung gelangt. Offenbar handelt es sich um eine von Jugend auf bestehende Haltlosigkeit des Willens, die das Fehlen jeder Ausdauer, jedes Widerstandes gegen Verführungen zur Folge hat. Wie es scheint, sind bei dem Kranken diejenigen Beweggründe, die aus den sittlichen Gefühlen entspringen, nicht zur Ausbildung gelangt. Er fühlt nicht die Unwürdigkeit, ja nicht einmal die Widerwärtigkeiten seiner Lebensführung, denkt eher mit einem gewissen Wohlbehagen an seine Abenteuer zurück, lässt sich nicht durch die

Rücksicht auf seine Eltern, auf seine eigene Zukunft in seinem Handeln bestimmen, sondern nur durch augenblickliche Gelüste.

Mit dieser kurzsichtigen Selbstsucht verbindet sich ein gehobenes Selbstgefühl, gänzlicher Mangel an Mitgefühl mit Anderen, die der Kranke gern zur Zielscheibe seiner Neckereien macht, endlich gelegentliche starke Reizbarkeit, die ihn, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, wiederholt zu schweren Gewaltthaten getrieben hat. Diese letztere Eigenschaft könnte an eine epileptische Grundlage des Leidens denken lassen, um so mehr, als der Kranke zeitweise wochenlang ein ganz geregeltes Leben führte, und als er früher zweimal Ohnmachtsanfälle gehabt haben soll. Wir haben indessen nicht das geringste Anzeichen für eine Anknüpfung seiner Ausschweifungen an regelmässig wiederkehrende Verstimmungen auffinden können.

Die von Jugend auf vorhandene sittliche Unfähigkeit des Kranken steht in einem gewissen Gegensatze zu seiner geistigen Veranlagung. Es ist indessen aus dem täglichen Leben genugsam bekannt, dass Sittlichkeit und Verstand in hohem Maasse von einander unabhängig sind. Man pflegt daher derartige Fälle wohl als moralische Imbecillität, sittlichen Schwachsinn zu bezeichnen. Solche Menschen sind geborene Verbrechernaturen; sie unterscheiden sich von den gewöhnlichen Verbrechern nur durch die Grösse der sittlichen Unfähigkeit und durch die völlige Unzugänglichkeit ihres Wollens für zügelnde Lebenserfahrungen, also durch ihre grundsätzliche Unverbesserlichkeit. Es bleibt daher in der Regel um ihrer selbst und ihrer Umgebung willen kein anderer Ausweg, als diese gesellschaftsunfähigen Menschen abzusperren und nach Möglichkeit zu beschäftigen*).

Eine noch abenteuerlichere Persönlichkeit ist endlich ein 30jähriger Schauspieler, der uns vor 3 Wochen zugeführt wurde, weil er einer Prostituirten unter falschem Namen einen Brillantring abgeschwindelt hatte. Er hatte sich denselben einfach angesteckt und das Mädchen, das auf weiteren Verdienst hoffte, für den nächsten Tag in ein vornehmes Hotel bestellt, wo er jedoch

*) Der Kranke befindet sich seit $1^1/_2$ Jahren unverändert in einer grossen Anstalt. Er zeigt dort in unregelmässigen Zeiträumen reizbare Verstimmungen, die immerhin an die Erfahrungen bei Epileptikern zu erinnern scheinen.

nicht zu finden war. Bei seiner Verhaftung behauptete er, die Dirne habe ihm den Ring geschenkt; er hatte ihn inzwischen verkauft. Im Untersuchungsgefängnisse machte er einen, nach Meinung des Arztes nicht ernst gemeinten Selbstmordversuch und erkrankte dann an Anfällen mit Erregung und Krämpfen, die den Anlass zur Verbringung in unsere Klinik gaben.

Der etwas blasse, schlecht genährte, glatt rasirte Mann, der mit einer gewissen verlumpten Sorgfalt gekleidet ist, bietet in seinem Aeusseren wie in seinem ganzen Auftreten vollkommen das Bild eines heruntergekommenen Schauspielers dar. Er spricht ungemein gewandt und viel, bewegt sich in klingenden, hochtrabenden Wendungen, Kunstausdrücken aller Art und überschüttet uns mit einer Reihe verblüffendster Enthüllungen aus seinem Leben. Das Gymnasium hat er mit 16 Jahren durchgemacht, ging zunächst zur Marine, studirte dann in Chicago, ferner in Strassburg und Leipzig Medicin, bestand das Physicum in Würzburg. Darauf wurde er Schauspieler, war nach einander Kutscher, Kellner, Goldgräber in Südafrika, Strassenkehrer in New-York. Dort lernte ihn ein Russischer Edelmann kennen, der ihn mit sich auf sein Gut nach Russland nahm. Er lernte die Russische Sprache und ging als Dolmetscher nach Teheran. Die Liebe zur Kunst trieb ihn jedoch wieder auf die Bühne. Er spielte in Russland, kam dann nach Brüssel, wo er in der Noth Kofferträger wurde und als solcher die Bekanntschaft von Coquelin machte, der ihn für das Théâtre français verpflichtete und ihn auf seine grosse Kunstreise nach Ostasien mitnahm. Später spielte er auf allen möglichen hervorragenden Bühnen, stets erste Rollen, heirathete eine Frau aus guter Familie, ein engelreines Wesen, das ihm 4 Kinder schenkte, die sämmtlich binnen kurzer Zeit starben.

Bei der Schilderung seines unaussprechlich glücklichen Familienlebens geräth der Kranke in die hochgradigste Rührung, bejammert sein Schicksal, malt sich aus, wie schrecklich es sei, wenn sein alter Vater, seine unvergessliche Mutter etwas von seiner jetzigen Lage erführen. Seine Strafthat war ein sehr harmloser Vorgang. Er wollte mit dem Ringe nur ein wenig glänzen, dachte gar nicht daran, ihn zu behalten, war nur durch die Noth gezwungen, ihn zu verkaufen. Im übrigen sei er ein anständiger Mensch, dem man doch nicht eine Dirne gegenüberstellen könne, „ein Wesen,

dessen ganze Lebensbasis auf der höchsten Potenz erotischer Ausfälle basirt".

Prüfen wir diese abenteuerlichen Angaben näher, so ergeben sich natürlich sofort die gröbsten Widersprüche. Der Kranke erkennt dieselben auch ohne weiteres an und löst sie durch neue, völlig abweichende Erzählungen, indem er erklärt, dass er durch besondere Rücksichten genöthigt gewesen sei, manche Einzelheiten anders darzustellen. Aber auch die neuen Angaben erweisen sich als erdichtet, und so kann man von ihm der Reihe nach die mannichfachsten Schilderungen seines Lebenslaufes hören, von deren jeder er „auf sein Ehrenwort" versichert, dass er nunmehr aber wirklich die volle Wahrheit gesagt habe. Die tieferen Gründe für seine Erfindungen sind aus den Aufklärungen, die uns der Untersuchungsrichter über seine Vergangenheit verschafft hat, unschwer zu begreifen. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass wir es mit einem Hochstapler zu thun haben, der seit vielen Jahren unter den verschiedensten Namen und in den verschiedensten Städten eine endlose Reihe der unglaublichsten Schwindeleien verübt hat und überall mit Hinterlassung zahlreicher Schulden plötzlich verschwunden ist, auch schon vielfach bestraft wurde.

Halten wir ihm diese Dinge vor, so ist er um Ausreden niemals in Verlegenheit. Einzelnes leugnet er schlankweg; Anderes stellt er ganz anders dar; noch Anderes gesteht er zerknirscht zu und sucht sich mit einer Nothlage oder sonstigen besonderen Verhältnissen zu entschuldigen, betont dabei immer, dass er eigentlich doch durchaus ein Ehrenmann sei. Die Gewandtheit und Zungenfertigkeit, die er bei diesen Unterredungen entwickelt, ist erstaunlich. Dazu kommt, dass er die deutsche, russische und französische Sprache vollkommen, das Englische, Polnische, Rumänische, Ungarische, Italienische, Schwedische leidlich beherrscht und sogar etwas Latein, Griechisch und Hebräisch versteht. Er besitzt auf den verschiedensten Gebieten einzelne, freilich sehr oberflächliche und lückenhafte Kenntnisse, ist auch bei uns bemüht, gesprächsweise möglichst viel medicinisches Wissen zu erwerben, das er dann gelegentlich mit überraschender Selbstverständlichkeit vorbringt. Seine Umgebung weiss er sehr geschickt zu beherrschen, sich auf alle Weise Vergünstigungen zu verschaffen, wird sofort vertraulich und zudringlich, sobald man ihm freundlich entgegenkommt.

Auch bei uns sind eine Reihe von „Anfällen“ beobachtet worden, in denen sich der Kranke unter lautem Stöhnen und Jammern krümmte, winselte und um Morphium bettelte; eine Reihe hervorragender Aerzte, die er namentlich anführt, hätten dieses Mittel als unerlässlich bezeichnet. Schliesslich drohte er mit Selbstmord, wurde grob, gewaltthätig, beruhigte sich aber auf eine Wassereinspritzung. Aehnliche Anfälle soll er früher oft gehabt haben, war deswegen in mehreren Irrenkliniken; einer seiner Hauswirthe gab an, dass er an Epilepsie leide. Einmal war er vorübergehend sprachlos, vermochte keinen Laut hervorzubringen, verstand aber auch nicht, was man ihm sagte, und schrieb später auf ein Papier: „Stimmbandlähmung“. Zu irgend einer ernsten Arbeit ist er nicht zu bewegen, liest nur Romane, raucht, plaudert, spielt liederlich, wenn auch nicht ohne Talent, Klavier, deklamirt, freilich recht mässig, beobachtet seine Umgebung und sucht sich nach Möglichkeit zu unterhalten.

Man kann daran zweifeln, ob wir berechtigt sind, diese absonderliche Persönlichkeit im eigentlichen Sinne als geisteskrank zu bezeichnen. Es handelt sich um einen geborenen Schwindler, dem trotz mannichfacher Begabung die wesentlichsten Erfordernisse zur Arbeit vollkommen fehlen, die Ausdauer und das Pflichtgefühl. Seine ganze Lebensführung trägt daher den Stempel des Sprunghaften und Unsittlichen. Zu jeder geregelten Thätigkeit ist er unfähig; nirgends hält er es lange aus; immer sehnt er sich nach Abwechselung. Sein Gedächtniss ist ausgezeichnet, aber es gewährt ihm einen offenbaren Genuss, seine Hörer durch immer neue Erfindungen in Staunen zu setzen. Für das Verwerfliche seines Treibens hat er nicht das mindeste Gefühl. Obgleich er bei seinen eigenen Erdichtungen anscheinend in die lebhafteste Rührung geräth, ist ihm doch jede tiefere Gemüthsregung völlig fremd. Im Vordergrunde steht bei ihm die persönliche Eitelkeit, die ihn zu abenteuerlichen Prahlereien, zur rücksichtslosen Schädigung seiner Opfer, zum unsinnigen Verschleudern des Geldes treibt, das er sich durch Schwindel, Diebstahl und Betrug ohne Gewissensbisse erwirbt. Misst man eine solche Persönlichkeit mit dem Massstabe des Richters, so erscheint sie einfach als Verbrecher, als Hochstapler. Der Arzt indessen wird sich dem Eindrucke nicht entziehen können, dass hier eine an-

geborene Unfähigkeit zu geregelter Lebensführung vorliegt, die mächtiger ist, als alle Erziehung, Erfahrung und Selbstbeherrschung.

Gewisse grundsätzliche Uebereinstimmungen mit dem vorigen Kranken liegen auf der Hand. Wir werden somit zu dem Schlusse kommen müssen, dass auch die sittliche Unfähigkeit wie diejenige des Verstandes von einem gewissen, mehr oder weniger willkürlichen Grade an in das Gebiet des Krankhaften übergeht. Jedenfalls befinden wir uns hier der Grenze der „krankhaften Lügner und Schwindler" sehr nahe. Dafür sprechen namentlich mit die deutlichen hysterischen Züge, die unser Kranker aufweist, wenn wir auch seine „Stimmbandlähmung" als bewusste Täuschung betrachten müssen. Offenbar ist es ja nicht sowohl der einfache Eigennutz, als vielmehr der unwiderstehliche Hang zum Abenteurerleben, der ihn immer wieder aus seinen Stellungen heraustreibt und es ihm unmöglich, aber auch unerwünscht macht, irgendwo festen Fuss zu fassen. Freilich wird er die Folgen dieser seiner Neigungen in sehr unliebsamer Weise zu tragen haben, da er wohl dem Irrenarzte als krankhaft veranlagte Persönlichkeit, dem Richter aber voraussichtlich immer nur als abgefeimter und gefährlicher Gauner erscheinen wird*).

XXX. Vorlesung.

Kretinismus; Schlussbetrachtung.

M. H.! Der Anblick, den das 32 jährige Mädchen bietet, das heute den Abschluss unserer klinischen Betrachtungen bilden soll, ist ein sehr merkwürdiger. Der Wuchs dieses abenteuerlichen Geschöpfes ist auffallend niedrig. Dagegen sind die Umrisse des Körpers geradezu unförmliche. Bei einer Körpergrösse von 137,5 Cm. beträgt das Gewicht 70,5 Kilogramm, der Umfang über dem Nabel 108, quer über den Brustdrüsen 104 Cm. In der Mitte des Ober-

*) Der Kranke ist einige Jahre später in Wien zu 15 Jahren schweren Kerkers verurtheilt worden.

arms messen wir 27,5, in derjenigen des Oberschenkels 54 Cm. Der Kopf ist im Verhältniss zur Körperlänge sehr gross und misst 58 Cm. im Umfange; er sitzt fast ohne Halseinschnürung breit auf dem dicken Leibe. Arme und Beine sind ziemlich kurz, Hände und Füsse, ebenso Finger und Zehen klein und zierlich wie diejenigen eines Kindes.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass dieses merkwürdige Missverhältniss zwischen Kopf und Körperlänge wie namentlich zwischen Rumpf und Extremitäten wesentlich durch eine ungeheuerliche Verdickung der Haut bedingt wird. Der Knochenbau unserer Kranken ist eher zart; auch die Muskeln sind nur mässig entwickelt. Dagegen hängt die Haut in Form von dicken Wülsten um Brustkorb und Bauch, Oberarme und Oberschenkel herum. Am Nacken bildet sie ein derbes, nur im Ganzen verschiebliches Polster, das bei seitlichem Anblicke geradezu eine erhebliche Kyphose vortäuscht. Die Brüste hängen in Form grosser, schlaffer Säcke herab, und auch um die Oberarme schlottern gewaltige Hautmassen, auf deren Oberfläche sich keinerlei Falte mehr aufheben lässt. Der plump verdickte Hals versinkt zum grossen Theile in einem riesigen Doppelkinn, das von einem Ohre zum anderen reicht.

Das Gesicht ist breit auseinandergetrieben; die Augen quellen etwas vor; die Backen bilden feste, gewölbte Polster. Die Nasenwurzel ist eingesunken, breit und niedrig, die kleine Nase selbst aufgestülpt; die Backenknochen treten hervor. Die Ohrläppchen fehlen fast vollständig; Haare und Zähne sind ziemlich gut entwickelt, die Augenbrauen dünn. Der Ausdruck des Gesichtes ist starr, maskenartig, da auch beim Lachen und Sprechen jedes feinere Mienenspiel in den massigen Zügen ausbleibt. Die verdickte Haut zeigt überall einen prallen, derben Widerstand; der Fingerdruck hinterlässt nirgends Eindrücke. Die Bewegungen der Augen, Pupillen, Zunge, der Arme und Beine gehen ungestört von Statten; auch an den Reflexen ist keine Abweichung nachzuweisen. Die Hautempfindlichkeit näher zu prüfen, verbietet der psychische Zustand der Kranken. Beim Versuche, sie mit einer Nadel zu stechen, wehrt sie heftig ab, lässt aber die Nadel stecken, wenn man ihre Aufmerksamkeit ablenkt. Beim Beklopfen des mittleren Facialisastes erfolgt ein leichtes Zucken der Oberlippe. Der Puls ist sehr klein, leicht unterdrückbar.

Unsere Bemühungen, uns über den psychischen Zustand der

Kranken Aufschluss zu verschaffen, stossen auf ziemliche Schwierigkeiten. Die Kranke blickt zwar neugierig umher, kümmert sich aber gar nicht um die an sie gerichteten Fragen, giebt höchstens hie und da eine abweisende, meist scherzhaft gefärbte Antwort. Sie heisse Niemand, sei 45 Jahre alt, am 45. August geboren, sei die Tochter des Regiments, sei daheim Viehtreiber. Dringt man mehr in sie, so wird sie ärgerlich, stösst einzelne unfläthige Schimpfworte aus, erhebt sich schwerfällig, um mit trippelnden Schritten davon zu laufen. Auch bei der Untersuchung sträubt sie sich zunächst ziemlich heftig, ruft: „Geh' weiter", „hör' auf", schlägt auch um sich, aber alles in mehr spasshafter Weise, fügt sich schliesslich ohne Schwierigkeit. Auf viele Fragen erwidert sie: „Ich weiss nicht", oder bringt ganz unsinnige, abgerissene Wendungen vor.

Es ist daher jetzt ganz unmöglich, sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob sie über ihre Umgebung im klaren ist. Ich kann indessen auf Grund gelegentlicher mündlicher und schriftlicher Aeusserungen der Kranken hinzufügen, dass sie weiss, wo sie sich befindet, und auch die Namen der Personen ihrer Umgebung genau kennt. Ihre Stimmung ist heiter, gehoben; sie bricht häufig ohne Anlass in ein kurzes, ruckartiges Lachen aus, oder sie fängt mit schriller Stimme ein Lied, einen Gassenhauer an. Aufforderungen befolgt sie nur widerstrebend, steckt die Hand weg, die sie geben soll, schlägt aber dann schallend ein. Worte, die sie hört, oder Fragen, die man an sie richtet, wiederholt sie gelegentlich, sogar mehrere Male hintereinander; ferner hat sie eine entschiedene Neigung, Reime zu bilden: „Herr Lehrer, Herr Scheerer, Docter, gelockter". Ihren Namen schreibt sie richtig an die Tafel, löst auch eine einfache Rechenaufgabe. Alle anderen Versuche, ihre Kenntnisse zu prüfen, scheitern an ihrem von blödem Lachen und schmatzenden Zungenbewegungen begleiteten Widerstreben.

Dass die Kranke einen bedeutenden Grad von Blödsinn darbietet, ist aus ihrem Benehmen unschwierig zu erkennen. Dieser Blödsinn erinnert bis zu einem gewissen Grade an die Endzustände der Dementia praecox, namentlich wegen des leeren Lachens, der Echolalie sowie der Andeutungen von Negativismus. Der körperliche Zustand der Kranken ist indessen ein so auffallender, dass wir unsere Aufmerksamkeit zunächst einmal ihm zuwenden müssen.

Die Verdickung der Haut kann nur ein Myxödem sein. Sie weist uns darauf hin, dass hier eine Vernichtung der Schilddrüsenthätigkeit stattgefunden haben muss. Betasten wir den Hals der Kranken, dessen Umfang 32,5 Cm. beträgt, so fühlen wir nach links neben der Luftröhre eine steinharte, kleinapfelgrosse Geschwulst, die offenbar der wahrscheinlich verkalkten Schilddrüse entspricht. Da bei der Kranken Zwergwuchs nebst Verbreiterung des Schädels vorliegt, muss die Schilddrüsenthätigkeit schon in der Jugend zu Grunde gegangen sein. Wir haben es mithin nicht mit dem gewöhnlichen Myxödem, sondern mit jener schon die Kinder befallenden Form des Leidens zu thun, die man als Kretinismus bezeichnet.

Der Kretinismus ist eine endemische Krankheit, die namentlich am Fusse grosser Gebirgsstöcke ziemlich weit verbreitet ist und auch eine Reihe von Thierarten in Mitleidenschaft ziehen kann. Träger des Krankheitskeimes scheint das Trinkwasser zu sein, durch dessen Wirkung zunächst die Schilddrüse schrumpft oder entartet, während die Veränderungen des Knochenbaues, der Haut und des Nervensystems erst durch den Ausfall der Schilddrüsenthätigkeit bedingt werden. Unsere Kranke stammt in der That aus einer Gegend, in welcher der Kretinismus heimisch ist, und aus einer Familie, in der Geistesstörungen, auch solche kretinistischer Art, vielfach vorgekommen sind. Ihr Vater war schwachsinnig; ebenso ist es ihr Bruder, ferner ein Bruder der Mutter; endlich leidet ein Vetter väterlicherseits an manisch-depressivem Irresein.

Die Kranke war von Jugend auf geistig wenig entwickelt, sehr eigensinnig, schwer zu erziehen. Die Menses traten erst mit 18 Jahren ein, setzten oft lange Zeit aus, bis zu einem Jahre. Seit den Entwicklungsjahren klagte die Kranke viel über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, war aufgeregt, sehr gereizt und wurde vor nahezu 8 Jahren schliesslich deswegen in unsere Klinik gebracht. Sie erwies sich schon damals als sehr blödsinnig, gab wenig mehr Auskunft, als jetzt. Bisweilen äusserte sie verschwommene Verfolgungs- und Grössenideen, sprach von nächtlichen geschlechtlichen Angriffen, von Goldschmuck. Meist war sie ziemlich erregt, schwatzte abgerissene, mehr oder weniger unverständliche Worte vor sich hin, reimte, witzelte, machte einfältige Scherze, hob dem Arzte den Rock auf, zog ihm das Taschentuch aus der Tasche,

gab ihm unversehens einen Stoss, lief mit aufgerafften Kleidern herum, masturbirte, zerriss Kleider und Bettzeug. Ihre unförmlichen Züge betrachtete sie in der spiegelnden Fensterscheibe mit grossem Wohlgefallen. Zu anderen Zeiten war sie stiller, abweisend, mürrisch, immer aber äusserst gedankenarm und ohne tiefere Gemüthsregungen; bei Besuchen blieb sie völlig gleichgültig. Nicht selten wurde sie unrein, auch wohl einmal absichtlich, liess sich aber einigermassen zu Ordnung und Sauberkeit erziehen. Der Schlaf und namentlich die Esslust waren sehr gut; die Kranke nahm daher seit ihrem Eintritte ziemlich stetig zu, im ganzen von dem tiefsten Stande ihres Körpergewichtes um 21,5 Kilogramm.

Es lag unter diesen Umständen natürlich nahe, den Versuch einer Beeinflussung des Zustandes durch Darreichung von Thyreoidin zu machen. Das ist denn auch zu wiederholten Malen bei der Kranken geschehen, regelmässig mit dem Erfolge, dass ihr Körpergewicht sank, beim ersten Male sogar um 10 Kilogramm. Damals traten zugleich nach 2jähriger Pause wieder die Menses auf, um von da ab ziemlich regelmässig wiederzukehren. Irgend eine Besserung des psychischen Befindens konnte indessen nicht wahrgenommen werden. Bei den späteren Darreichungen des Mittels stellte sich sehr bald grosses Schwächegefühl ein. Die Kranke verlangte ins Bett; der Puls wurde ungemein klein und frequent, und es machten sich Oedeme bemerkbar, die uns zu baldigem Abbrechen der Kur veranlassten. Dennoch hatte die Kranke die Wirkungen derselben recht gut aufgefasst und bat öfters, man möge sie wieder magerer machen. Bei Kindern mit beginnendem Kretinismus ist übrigens durch Darreichung von Thyreoidin Verschwinden aller Krankheitserscheinungen erzielt worden; hier müssen wir wohl annehmen, dass sich bei der langen Dauer des Leidens Veränderungen in der Hirnrinde herausgebildet haben, die einer Rückbildung nicht mehr zugänglich sind*).

Der Kretinismus ist eine der wenigen Formen des Irreseins, bei denen wir uns mindestens ungefähr eine Vorstellung von dem Zusammenhange zwischen Ursache und Wirkung bilden können. Wir wissen, dass die Krankheit nur dann, aber auch sicher dann entsteht, wenn die Thätigkeit der Schilddrüse vernichtet ist. Da

*) Die Kranke befindet sich unverändert in der Klinik.

die verderblichen Wirkungen dieser Schädigung durch Einführung todter Schilddrüsenmasse von Thieren aufgehoben werden, so kann die hier in Betracht kommende Thätigkeit der Schilddrüse nur darin bestehen, dass sie einen Stoff liefert, der für den geregelten Haushalt des Körpers durchaus nothwendig ist. Ob wir dieses Stoffes unmittelbar für den Aufbau und die Arbeit der Gewebe bedürfen, oder ob er andere, schädliche Stoffe zerstören muss, was vielleicht mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, können wir hier dahingestellt sein lassen. Jedenfalls haben wir im Kretinismus wie im Myxödem ein Beispiel dafür, dass die Vernichtung eines kleinen Körperbestandtheils schwere Störungen im Gesammthaushalte und insbesondere auch Irresein hervorbringen kann. Gleichgültig ist es dabei, auf welchem Wege die Vernichtung der Drüse erfolgt, ob durch Ausschneiden, Tuberculose, Syphilis, Geschwulstbildung, das endemische Gift des Kretinismus oder irgend eine andere Schädlichkeit. Ganz verschiedene äussere Ursachen können also dasselbe Krankheitsbild erzeugen, indem sie dasselbe Glied in der Kette der Stoffwechselvorgänge vernichten und dadurch für den Körperhaushalt die gleichen, krankhaft veränderten Bedingungen schaffen.

Unsere Kenntniss dieser Zusammenhänge stammt erst aus jüngster Zeit. Es ist daher denkbar, dass entsprechende Verhältnisse sich dereinst auch bei einigen anderen Formen des Irreseins auffinden lassen. Vielleicht dürfen wir eine derartige Aufklärung namentlich für die Paralyse erhoffen. Wie wir früher angedeutet haben, ist die Paralyse weit davon entfernt, eine einfache Hirnerkrankung zu sein. Vielmehr werden bei ihr die verschiedensten Gewebe unseres Körpers derart in Mitleidenschaft gezogen, dass diese Störungen nicht einfach als Folgezustände der Hirnveränderungen erklärt werden können. Es müssen auch hier allgemeine und tiefgreifende Umwälzungen im Körperhaushalte stattfinden, deren nächste Ursache uns allerdings zur Zeit noch völlig unbekannt ist. Dagegen kennen wir die fernere, äussere Ursache der Paralyse oder wenigstens der Hauptgruppe von Fällen, die wir unter jener Bezeichnung zusammenfassen, mit hinreichender Bestimmtheit: die Syphilis. Dennoch ist die Paralyse, wie der Leichenbefund und die Unwirksamkeit der antiluetischen Behandlung darthut, schwerlich eine einfache Erscheinungsform der Syphilis.

Wahrscheinlich ist irgend ein Zwischenglied vorhanden, durch dessen Vermittlung das syphilitische Gift die paralytische Erkrankung des Gesammtkörpers erzeugt.

Weit dunkler noch ist zur Zeit die Entstehungsweise jener ungeheuren Masse von Erkrankungen, bei denen ohne greifbare Ursachen klinisch eine eigenartige Verblödung, anatomisch eine ausgebreitete Erkrankung und Zerstörung wichtiger Rindenbestandtheile eintritt. Dahin gehört in erster Linie das übergrosse Gebiet der „Dementia praecox“. So deutlich hier in vieler Beziehung die klinischen Aehnlichkeiten mit der Paralyse sind, so unmöglich hat es sich doch bisher erwiesen, irgend eine äussere Schädlichkeit aufzufinden, die etwa die Krankheit erzeugen könnte. Wir wissen nur, dass die Entwicklungsjahre den günstigsten Boden für den Ausbruch der Krankheit abgeben, wie es übrigens auch für das manisch-depressive Irresein der Fall ist. Ferner scheint das Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe und endlich wohl auch die Gefangenschaft das Auftreten der Krankheit zu begünstigen. Gerade das Fehlen äusserer Ursachen und die Beziehungen zu bestimmten Umwälzungen im Körperhaushalte dürfte etwa darauf hinweisen, dass wir es auch hier mit Erkrankungen zu thun haben, deren letzte Ursache in Stoffwechselstörungen zu suchen ist. Aehnliches könnte für gewisse Gruppen der Idiotie und einige seltenere Formen ausgebreiteter Rindenerkrankungen gelten, die sich klinisch mehr dem Bilde der Paralyse nähern.

Recht weite Anerkennung hat endlich die Meinung gefunden, dass auch die Epilepsie durch bestimmte, im Körper selbst erzeugte Gifte hervorgerufen werde; es sind sogar schon Stoffe nachgewiesen worden, denen man die ursächliche Rolle in jener Krankheit zuschreibt, und auch Behandlungsverfahren haben sich auf derartigen Anschauungen aufgebaut. Eine grosse Schwierigkeit für die klinische Betrachtung liegt indessen zunächst noch in der Unsicherheit über die Frage, ob und wie weit die Epilepsie überhaupt eine einheitliche Krankheit ist.

Bewegen wir uns hier auf weiten Gebieten einfach in ganz unbestimmten Vermuthungen, so kennen wir doch eine kleine Gruppe von klinisch ähnlichen Erkrankungen, bei denen wir bestimmte, greifbare äussere Ursachen für die Entwicklung der Verblödung verantwortlich machen können. Ich meine den Schwachsinn nach

acuten Infectionskrankheiten, insbesondere nach Typhus und Blattern. Hier sehen wir, wie das Krankheitsgift, sei es unmittelbar, sei es durch Vermittlung von Organerkrankungen, schwere Zerstörungen in dem Gewebe der Hirnrinde herbeiführt, die das klinische Bild unheilbaren Blödsinns erzeugen können. Wir dürfen kaum daran zweifeln, dass wir es dabei mit Giftwirkungen zu thun haben, und gerade diese Erfahrungen legen uns die Vermuthung nahe, dass es sich auch bei der gewöhnlichen Dementia praecox und den verwandten Formen der Idiotie am letzten Ende um Vergiftungen der Hirnrinde handeln möge, wenn wir auch deren Ursprung noch nicht zu erkennen im Stande sind.

Indessen die acuten Infectionskrankheiten führen nur verhältnissmässig recht selten zu dauernder Verblödung. In der Regel gleichen sich die durch das Krankheitsgift erzeugten Störungen ziemlich rasch wieder aus. Namentlich nach Gelenkrheumatismus und Kopfrose scheinen, obgleich beide Krankheiten ziemlich häufig Irresein erzeugen, unheilbare Störungen überhaupt nicht vorzukommen. Diese Erfahrungen, die uns zeigen, dass unzweifelhafte, schwere Vergiftungen der Hirnrinde sich allmählich vollständig wieder ausgleichen können, sind geeignet, uns ein gewisses Verständniss für die Remissionen zu vermitteln, die wir so häufig in der Paralyse wie in der Dementia praecox beobachten. Allerdings stellt sich bei diesen letzteren Erkrankungen früher oder später fast immer wieder ein neuer Fortschritt des Leidens ein. Das deutet darauf hin, dass eben hier, im Gegensatze zu den acuten Infectionskrankheiten, die Quelle des Giftes nicht versiegt, sondern immer von neuem fliessen kann.

Eine eigenartige Stellung nimmt unter den Infectionskrankheiten die Polyneuritis ein. Wir sehen diese Krankheit im Anschlusse an Infectionen, dann aber auch als Folge des Alkoholmissbrauches auftreten. Möglicherweise handelt es sich dabei um verschiedene, nur in den Erscheinungen ähnliche Erkrankungen; vielleicht auch giebt der Alkoholismus einen besonders günstigen Boden für die Infection ab. Jedenfalls aber können wir die Erfahrung machen, dass ein durch Ansteckung erzeugtes Gift und ein Genussmittel zusammen oder jedes für sich eine bestimmte Form des Irreseins, die polyneuritische Geistesstörung, erzeugen. Diese letztere bildet somit in gewissem Sinne den Uebergang von den

Infectionen zu den reinen Vergiftungen, dem Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus u. s. f. Von der Erforschung gerade dieser Gruppe von Geistesstörungen dürfen wir aber, wie ich glaube, in erster Linie Fortschritte unserer klinischen Erkenntniss hoffen, da hier Ursache und Wirkung so eindeutig bestimmt sind, dass wir ohne weiteres von ersterer auf die letztere schliessen dürfen und umgekehrt. Durch Einführung der Gifte können wir jederzeit mit vollster Sicherheit dieselben Störungen hervorrufen und somit die gesetzmässigen Beziehungen zwischen der Schädlichkeit und ihren Wirkungen nicht nur durch die klinische Beobachtung, sondern auch durch den psychologischen Versuch bis in alle Einzelheiten hinein verfolgen.

Bei derartigen Untersuchungen aber erkennen wir leicht, dass wir auch bei den Vergiftungen zwischen unmittelbaren und mittelbaren Folgen zu unterscheiden haben. Die Krankheitsbilder, die der Alkoholmissbrauch erzeugt, sind weit mannichfaltiger, als die Einheitlichkeit der Ursache erwarten liesse. Von ihnen entsprechen nur der Rausch, auch der pathologische, ferner der einfache alkoholische Schwachsinn den Erfahrungen, die uns der psychologische Versuch liefert. Andere Formen, namentlich das Delirium tremens und auch der Alkoholwahnsinn, tragen ganz abweichende Züge. Aus diesen und anderen Gründen liegt die Vermuthung nahe, dass wir es bei diesen Erkrankungen keineswegs mit unmittelbaren Wirkungen des Giftes, sondern mit Folgezuständen im Körper zu thun haben, die erst mittelbar durch den dauernden Alkoholmissbrauch herbeigeführt werden. Das Verhältniss zwischen Ursache und Wirkung ist hier möglicherweise ein ähnliches wie zwischen der endemischen Krankheitsursache und dem Schwachsinn beim Kretinismus oder, wie wir es zwischen Syphilis und Paralyse vermutheten.

Auf die Wirkung von Giften, allerdings von solchen, die im Körper selbst entstehen, pflegt man gewöhnlich auch diejenigen Formen des Irreseins zurückzuführen, die sich im Anschlusse an erschöpfende Einflüsse, namentlich auch an geistige, gemüthliche und körperliche schwere Ueberanstrengung anschliessen. Man nimmt an, dass in derartigen Fällen die rasch in übermässiger Menge erzeugten Zerfallsstoffe nicht mehr schnell genug aus dem Körper ausgeschieden oder unschädlich gemacht werden können und daher ihre verderbliche Wirkung auf die Hirnrinde zu ent-

falten Gelegenheit finden. Wenngleich mir diese Frage noch nicht genügend geklärt zu sein scheint, lässt sich die Möglichkeit derartiger Vorgänge bei der acuten und chronischen nervösen Erschöpfung zunächst nicht bestreiten. Dazu dürfte aber wahrscheinlich noch die Verarmung der Gewebe an Kraftvorräthen kommen, wenn sie nicht gar die Hauptrolle spielt.

Ausser den Giftwirkungen sind unserem Verständnisse zur Zeit einigermassen zugänglich wohl nur noch die gröberen Zerstörungen des Rindengewebes durch Blutungen, Zertrümmerungen, Druck, Abschneiden der Blutzufuhr und ähnliche Schädigungen. Vielleicht sind hierher auch die sogenannten Hirnerschütterungen zu rechnen. Weit weniger klar ist schon die allmähliche Veränderung der Hirnrinde durch das Alter, die wir als die Grundlage verschiedener Formen geistiger Störung kennen gelernt haben. Ob sich hier von vorn herein in den Geweben selbst entscheidende Umwandlungen vollziehen — ob die Störungen Folge der Gefässveränderungen oder sonstiger Umwälzungen im alternden Körper sind, muss als völlig unbekannt bezeichnet werden. Manche sehr rasch zu schwerer Verblödung führende Formen des Greisenirreseins würden vielleicht mehr für die letztere Möglichkeit sprechen, doch ist es bei der Verschiedenartigkeit der klinischen Bilder, die uns die Geisteskrankheiten des Alters darbieten, gewiss am wahrscheinlichsten, dass auch die Entstehungsweise derselben in vielen Punkten von einander abweicht.

Das Auftreten der körperlichen und geistigen Altersveränderungen hängt ausser von Krankheiten und Lebensschicksalen zum guten Theile sicher von der persönlichen Veranlagung ab. Auch bei den übrigen Formen des Irreseins ist dieser Umstand vielfach von erheblicher Bedeutung, um so mehr, je weniger eingreifend die Schädlichkeit ist, die das Leiden hervorruft. Auf der einen Seite stehen die Gifte, die bei gehöriger Gabe jedes Gehirn überwältigen, wie gross auch seine Widerstandsfähigkeit sein mag. Am Gegenpol finden wir Krankheiten, deren wesentliche Ursache in der persönlichen Eigenart liegt, bei denen also die äusseren Schädlichkeiten nur den letzten Anstoss zum Ausbruche des Leidens geben, unter Umständen auch ganz fehlen können. Als derartige Formen haben wir das manisch-depressive Irresein, die Paranoia, ferner die Hysterie zu betrachten, der die Schreckneurose

nahe steht, wenn auch bei ihr der äusseren Veranlassung im allgemeinen ein weit stärkeres Gewicht beigemessen werden muss.

Noch unabhängiger dagegen von besonderen schädigenden Einflüssen sind in ihrer Entstehung die verschiedenartigen Formen krankhafter Veranlagung, die wir in den dauernden psychopathischen Minderwerthigkeiten, im Irresein mit Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen, Zwangsantrieben, endlich in den mannichfaltigen Gestaltungen des angeborenen Schwachsinns kennen gelernt haben. Hier handelt es sich überall nicht mehr um Krankheitsvorgänge von bestimmtem Ablaufe, sondern um krankhafte Zustände, die durch das ganze Leben hindurch im wesentlichen gleichmässig fortbestehen, wenn auch bisweilen mit gewissen Schwankungen. In ihnen sehen wir daher mit Recht den Ausdruck einer Entartung, die zumeist nicht von dem Einzelnen erworben, sondern ererbt ist und auch von ihm weiter vererbt zu werden pflegt. —

Blicken Sie noch einmal zurück auf den ganzen durchmessenen Weg, so erkennen Sie, dass Geistesstörungen entstehen können durch die einmalige oder wiederholte Einfuhr solcher Gifte, die eine erhebliche Schädigung der Hirnrinde erzeugen. Aehnliche Gifte können ferner von Krankheitserregern hervorgebracht werden, die in den Körper eindringen, sodann aber auch durch die Stoffwechselvorgänge selbst entstehen; ihre Wirkung kann sich vielleicht verbinden mit einem übermässigen Verbrauche der in den Geweben vorhandenen Kraftvorräthe. Wie wir vermuthen, ist eine weitere Quelle für die Entstehung von Giften in den Störungen einzelner Organe des Körpers zu suchen, deren Thätigkeit für den Haushalt desselben nothwendig ist. Einigermassen sicher ist diese Annahme freilich nur für den Kretinismus, doch sprechen manche Thatsachen dafür, dass sich noch andere Theile unseres Wissensgebietes ähnlichen Erklärungen zugänglich erweisen werden. Ausser den Giften sind es noch feinere oder gröbere Zertrümmerungen sowie Altersveränderungen des Hirnrindengewebes, denen wir für die Entstehung von Geistesstörungen eine Rolle zuschreiben müssen. Die letzte grosse Gruppe von Irreseinsformen bilden endlich die von Jugend auf bestehenden krankhaften Zustände, die entweder unverändert fortdauern oder die Grundlage mannichfaltiger, anfallsweise verlaufender Störungen bilden.

Das etwa sind in den wesentlichsten Zügen die Gesichtspunkte, nach denen sich heute die klinischen Formen des Irreseins gruppiren lassen. Indem wir überall von den ursächlichen Verhältnissen ausgehen, dürfen wir hoffen, Krankheitsbilder aufzufinden, in deren Erscheinungen, Verlauf und Ausgang die Gleichheit oder Verschiedenheit der Entstehungsbedingungen zu deutlichem Ausdrucke kommt. Freilich begegnen uns heute noch in der thatsächlichen Beurtheilung des klinischen Erfahrungsstoffes auf Schritt und Tritt Unklarheiten und Zweifel. Wir sind eben von einer wirklichen Kenntniss der Ursachen, der Erscheinungen, des Verlaufes und Ausganges der einzelnen klinischen Formen noch soweit entfernt, dass an ein fest begründetes Lehrgebäude durchaus noch nicht zu denken ist. Was wir entwerfen, ist nur ein Grundriss, den der Fortschritt unserer Wissenschaft in seinen Einzelheiten, vielleicht sogar in seinen Hauptlinien noch vielfach umzugestalten und zu erweitern haben wird.

Register.

A

B

C

D

K

L

M

N

O

P

Q

R

